

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 100

DE L'EXTIRPATION ABDOMINO-TRANSANALE DU RECTUM CANCÉREUX

(Procédé de VILLARD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ RICARD

Interne des Hôpitaux

Prosecteur à la Faculté

Né à Lyon, le 5 Septembre 1895



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924

**De l'Extirpation Abdomino-transanale
du Rectum Cancéreux**

(Procédé de VILLARD)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE.
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDMAN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon).	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M VILLARD, Président ; M. TIXIER, Assesseur ;
MM. LATARJET et LAROYENNE Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 100

DE L'EXTIRPATION ABDOMINO-TRANSANALE DU RECTUM CANCÉREUX

(Procédé de VILLARD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ RICARD

Interne des Hôpitaux

Prosecteur à la Faculté

Né à Lyon, le 5 Septembre 1895



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924



A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique gynécologique

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

- M. LE PROFESSEUR VILLARD.
M. LE DOCTEUR DELORE.
M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.
M. LE DOCTEUR GARDERE.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL.
M. LE PROFESSEUR TIXIER.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

Laboratoire d'Anatomie

- M. LE PROFESSEUR LATARJET.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE.

Laboratoire de Médecine opératoire

- M. LE PROFESSEUR VILLARD.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'extirpation du rectum cancéreux, depuis une quarantaine d'années qu'elle est entrée véritablement dans le domaine de la chirurgie, est toujours en évolution ; et, depuis, il ne se passe guère d'année qu'elle ne suscite d'importants travaux et n'attire de fréquentes et larges discussions dans les Sociétés de Chirurgie. Longue serait la liste des publications parues depuis le livre classique de QUÉNU et HARTMANN en 1899 jusqu'au récent ouvrage de CHALIER et MONDOR, qui constitue une remarquable étude d'ensemble sur cette affection, et surtout sa thérapeutique chirurgicale.

Mais, ces dernières années, la question est revenue plus encore à l'ordre du jour, et, à maintes reprises, la discussion se posant de la meilleure technique opératoire abordait à nouveau et plus spécialement le point particulier de la conservation du sphincter externe de l'anus. Beaucoup de chirurgiens, non seulement ne la rejettent pas de prime abord, mais ont dès longtemps cherché et cherchent encore à le garder afin d'assurer à leurs opérés un meilleur résultat fonctionnel.

C'est à cela, à cette conservation du sphincter, que nous voulons nous arrêter. Fermement convaincus d'en pouvoir

élargir les indications, nous nous proposons de décrire surtout le procédé qui nous semble le meilleur : c'est-à-dire l'abaissement de l'intestin en passant au travers du sphincter conservé : l'extirpation abdomino-trasale ou, si l'on veut, transsphinctérienne, suivant le procédé qu'a décrit en 1922, au Congrès de Chirurgie, M. le professeur VILLARD.

C'est à lui que revient l'idée de ce travail. Tout ce qu'il peut contenir de bon lui appartient. Que ce soit pour nous une occasion, après tant d'autres, de lui répéter notre attachement et notre reconnaissance.

Nous ne saurions, dans ce travail, reprendre à nouveau l'anatomie du rectum, l'étude des divers procédés que l'on a mis en œuvre pour lutter contre son cancer, et, d'une façon générale, les discussions pour en affirmer le meilleur. Nous n'envisagerons pas non plus l'ensemble des résultats opératoires, des résultats éloignés, des résultats fonctionnels, des récidives. Tout ceci a été fait, et parfaitement. Que dire de plus que ce qu'a écrit MONDOR sur l'anatomie pathologique du cancer du rectum et les conclusions qu'il en faut tirer ? Qu'ajouter aux statistiques complètes et récentes de CHALIER et MONDOR ?

Cependant, quelques points anatomiques avaient plus spécialement, et depuis longtemps, retenu notre attention. La connaissance exacte de certains lymphatiques rectaux et de leurs connexions méritait peut-être des recherches nouvelles et une précision plus grande. D'autre part, la constitution de la gaine rectale sous-péritonéale, en particulier des lames sagittales latéro-rectales, a donné lieu à de multiples interprétations, qui ne sont pas toujours sim-

plement théoriques et peuvent revêtir une certaine importance dans les limites à assigner à l'extirpation de l'intestin.

Aussi, nous proposons-nous de reprendre avec soin l'étude de ces deux points d'anatomie. Nous l'avons fait pour la gaine rectale, et, dans le laboratoire de notre maître, M. le professeur LATARJET, nous avons, sous sa direction, disséqué des sujets adultes et un certain nombre de fœtus et de nouveau-nés. Nous ne l'avons pas fait pour les lymphatiques. Nous devons à l'obligeance de M. REINHOLD, aide d'anatomie et interne des hôpitaux de Paris, la description de ce que nous désirions préciser. Il avait entrepris ce travail au moment où nous l'allions commencer. Avec une rare amabilité il a mis à notre disposition toutes les pièces injectées qu'il avait préparées et nous a fait profiter de ses travaux.

Par contre, il est un chapitre d'anatomie qui a fait écrire maintes pages, provoqué maintes expériences, suscité maintes discussions : c'est la disposition des artères du méso-sigmoïdien, et la détermination du meilleur point de ligature lors de l'amputation du rectum. A dire vrai, nous croyons que souvent l'on s'est fait trop l'esclave d'une donnée théorique, et que c'est aller bien loin que de vouloir faire évoluer une technique autour d'un point dont on a tant exagéré l'importance. On le verra à propos de l'exposé de la technique que nous proposons.

Enfin, désireux de connaître quelle pouvait être la fréquence de l'envahissement cancéreux possible au-dessous du plancher pelvien dans les néoplasmes ampullaires ou sus-ampullaires, nous avons prélevé sur huit pièces opératoires de M. le professeur VILLARD des fragments que

notre ami, le docteur DECHAUME, a bien voulu examiner histologiquement.

Ainsi nous avons voulu, non pas seulement nous forger des armes, mais renforcer encore notre conviction que l'on pouvait faire assez large en faisant une amputation abdomino-transsphinctérienne, que c'était un procédé opératoire capable de répondre, lors de ses indications, aux desiderata anatomiques et anatomo-pathologiques.

Comme la plupart des chirurgiens à l'heure actuelle, nous pensons que le seul traitement chirurgical sûr de la plupart des cancers du rectum consiste dans l'amputation par voie combinée, abdomino-périnéale.

Dans l'abdomino-périnéale nous préférons résolument et presque toujours — hors, bien entendu, les cas où la disposition anatomique d'un côlon pelvien immobile et fixé s'y oppose — l'abaissement du bout supérieur, l'anus périnéal.

Et alors, il nous semble hors de doute que, dans ces conditions, l'opération idéale serait celle qui, abdomino-périnéale avec anus interfessier, sauvegarderait au maximum la fonction de continence, par conséquent conserverait le sphincter. Et cela d'autant plus que l'agent principal de la continence étant le releveur de l'anus, s'il faut, dans la plupart des cas, le sectionner relativement loin du rectum, alors le sphincter externe, tout seul, tâchera de faire une continence suffisante sinon absolue.

Conservant donc le sphincter, passer au travers de lui est bien préférable à toutes les méthodes passant en dehors de lui parce qu'il est plus bénin de faire une brèche moins

large, de ne traumatiser qu'à peine les fosses ischio-rectales, d'abîmer moins le plancher périnéal et de conserver son appui aux organes pelviens, de limiter davantage le foyer où pourra peut-être évoluer un peu d'infection ; parce que le sacrifice vasculaire aussi est moindre, parce qu'enfin il ne s'agit pas à proprement parler d'une résection, mais d'une amputation, opération moins meurtrière.

C'est donc au travers du sphincter conservé et dilaté, par conséquent presque sans incision périnéale pourrait-on dire que, dernier et rapide temps opératoire, l'abaissement se fera, dans le sphincter, d'un intestin libéré dans sa presque totalité par une longue intervention abdominale. C'est la technique de cette opération, minutieusement réglée, que nous avons surtout pour but de décrire, suivant le procédé de M. le professeur VILLARD.

Nous nous bornerons à l'amputation abdomino-transanale chez l'homme. Elle est, en effet, chez lui, beaucoup plus délicate. L'excavation pelvienne est étroite et profonde, partant les manœuvres opératoires beaucoup plus difficiles ; et l'on n'a pas, comme chez la femme, la possibilité de transformer une opération difficile en une opération relativement facile, grâce à l'hystérectomie préalable préconisée par M. le professeur TIXIER, ou extemporanée suivant la méthode de M. ALBERTIN.

CHAPITRE PREMIER

Données anatomiques relatives aux lymphatiques et à la gaine rectale

1° Lymphatiques.

Les lymphatiques du rectum, dans leur ensemble, ont été suffisamment étudiés, et, pour leur description en général, nous ne pouvons que renvoyer aux traités classiques.

Il faut cependant, dès à présent, retenir ce fait que ce sont, comme l'a dit MONDOR, les ganglions pararectaux et les ganglions hémorroïdaux supérieurs qui sont, au point de vue chirurgical, les principaux aboutissants des réseaux lymphatiques du rectum, ceux qui sont envahis 7 fois sur 10. Ce sont les aboutissants du **territoire lymphatique supérieur**.

Le **territoire inférieur**, inguinal, est beaucoup moins intéressant dans cette étude, puisque les cancers justiciables d'une extirpation abdomino-transanale sont toujours des cancers haut situés, des cancers du rectum pelvien, situés

à 7 ou 8 centimètres de l'anus. Il est, du reste, exceptionnel de voir un envahissement ganglionnaire plus bas que la tumeur. Et il est évident que le moindre doute à ce sujet écarte définitivement toute idée de conservation sphinctérienne.

Mais c'est sur la **partie moyenne** du réseau et ses connexions qu'il est nécessaire d'insister. On peut dire qu'il existe de façon habituelle entre le très riche réseau antérieur de la paroi rectale et la partie postérieure de la prostate des connexions importantes, et qui ne sont pas ou sont insuffisamment décrites jusqu'à présent. C'est par des injections faites en série dans la muqueuse rectale, d'une part, dans la prostate et le vagin d'autre part, que ces communications ont été bien mises en évidence par REINHOLD. C'est sur l'étude de ses pièces que sera faite une rapide description, laissant de côté les communications recto-vaginales — à vrai dire moins nombreuses — puisque nous entendons étudier l'amputation abdomino-transanale seulement chez l'homme.

Les lymphatiques du territoire moyen, riches surtout à la paroi rectale antérieure, vont avoir des destinées différentes.

Les *supérieurs* vont rejoindre ceux du territoire sus-jacent, c'est-à-dire la chaîne hémorroïdale supérieure, les ganglions du méso-rectum, et même les derniers du mésocôlon pelvien. Ils sont de description classique.

Les *inférieurs*, classiques aussi, nés sous le releveur de l'anus, vont bientôt traverser ce muscle pour finir dans un ganglion à l'origine de l'artère honteuse interne.

Ce sont les *moyens* les plus intéressants, car ce sont

ceux-là qui vont contracter des connexions spéciales avec les lymphatiques de la prostate, connexions telles, que le tronc aboutissant au ganglion hémorroïdal moyen n'est pas un tronc uniquement rectal, c'est un tronc collecteur prostatorectal. D'autre part, ces mêmes lymphatiques vont — mais de façon moins constante — s'anastomoser avec ceux latéro-prostatiques. On voit donc déjà combien étroites sont les relations des deux organes. Heureusement par rapport au rectum la prostate est à contre-courant ; mais que savons-nous d'exact sur la propagation cancéreuse par les lymphatiques ?

Dans les traités on lit en substance ceci : « les troncs collecteurs moyens constituent la voie hémorroïdale moyenne et vont aboutir à un ganglion situé sur le trajet de l'artère à quelque distance de la paroi pelvienne ». Oui, mais il faut ajouter ces relations prostatiques. On peut les schématiser ainsi :

1° Les lymphatiques, nés de la partie inférieure de la prostate, s'en vont rejoindre le réseau antérieur du rectum à la limite inférieure de l'ampoule et s'y perdent. L'aponévrose de Denonvilliers, tendue entre les deux organes, constitue bien entre eux une barrière, mais barrière qui, si elle ne se laisse pas traverser, se laisse tourner : les lymphatiques empruntent la voie du muscle recto-urétral de Roux, au-dessous de l'aponévrose de Denonvilliers (*fig. 1*). Ils sont comme une fumée qui s'étale au-dessus du plancher périnéal ;

2° D'autres, issus de la partie postérieure et inférieure de la glande, gagnent, réunis en un tronc, la lame latéro-rectale. Là, un tronc collecteur identique, venu, lui, de la partie basse de l'ampoule, souvent relayé par un gan-

gion, se réunit à lui, et dans la lame sagittale, le tronc

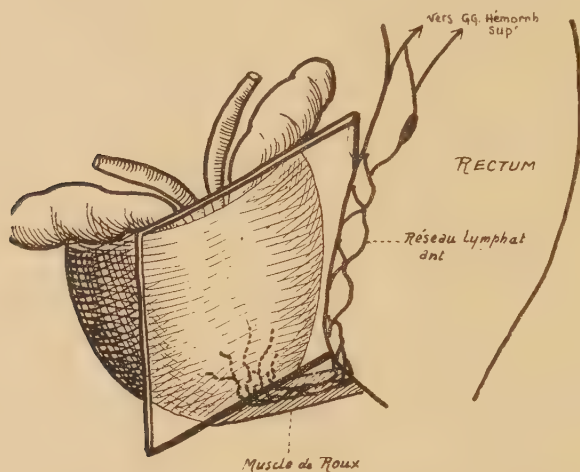


Fig. 1 (schématique). — Les lymphatiques prostatorectaux passant par le muscle recto-urétral.

collecteur commun part, cheminant à la recherche du ganglion hémorroïdal moyen (fig. 2).

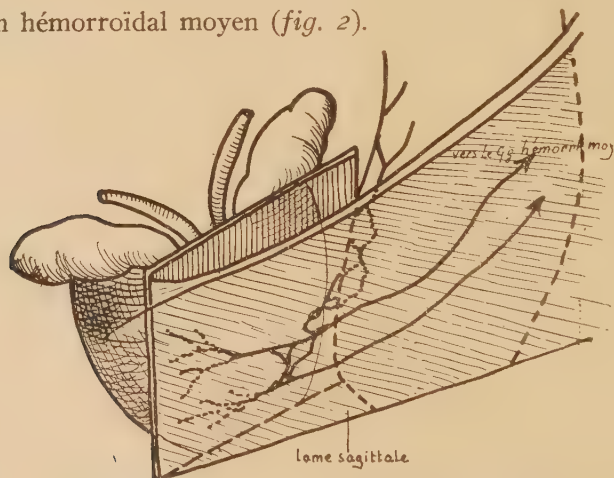


Fig. 2 (schématique). — Les lymphatiques prostatorectaux gagnant le ganglion hémorroïdal moyen par la lame sagittale.

3° Enfin, un grand nombre de lymphatiques latéraux de la prostate vont gagner directement le ganglion hémorroïdal moyen, empruntant, eux aussi, la voie de la lame sagittale latéro-rectale. Ils sont indépendants, mais souvent il existe, entre ce groupe et le précédent, une ou plusieurs anastomoses : c'est pourquoi REINHOLD a pu voir, injectant la prostate, le liquide coloré monter jusque dans le territoire hémorroïdal supérieur (*fig. 2*).

Donc, connexions certaines entre prostate et rectum :

- 1° par le muscle de Roux, sous la lame de Denonvilliers ;
- 2° par les lames sagittales où chemine un tronc commun prostatorectal et où passent aussi des lymphatiques proprement prostatiques, mais souvent anastomosés avec le réseau précédent et communiquant par lui avec le territoire rectal supérieur.

2° Gaine rectale.

La gaine rectale sous-péritonéale a été, elle aussi, longuement étudiée. Elle constitue la plus postérieure des loges classiquement décrites au-dessus du plancher pelvien : loge vésicale, loge génitale, loge rectale.

Autrefois, suivant la description classique, tous les viscères pelviens étaient compris à l'intérieur d'une sorte de grande loge sagittale que fermaient en dehors les lames aponévrotiques sacro-recto-génito-pubiennes. Parties du sacrum, elles passaient sur les faces latérales du rectum, de la prostate, de la vessie, pour venir s'unir en avant de ce dernier organe (*fig. 3*). Des cloisons frontalement ten-

dues limitaient à leur intérieur les trois loges, distinctes, fermées, ne communiquant pas les unes avec les autres.

Ces différentes cloisons, du reste, mal délimitées par rapport au tissu cellulaire avoisinant, se confondant même

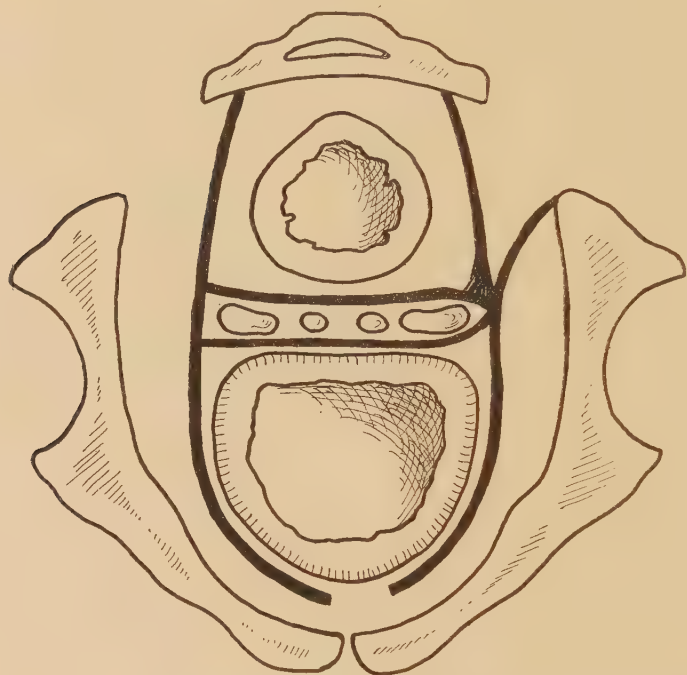


Fig. 3. — Les loges pelviennes. A droite : conception ancienne.
A gauche : conception actuelle.

en certains points avec lui, existaient au contact des vaisseaux émanés des branches viscérales de l'artère hypogastrique et de ces branches elles-mêmes.

Cette conception schématique, facile à retenir ; l'existence d'une formation autonome, unique, franchissant ainsi

tout le bassin, du sacrum au pubis, ne répondait cependant pas à la réalité des faits.

FARABEUF montra la valeur de ces formations, il en montra l'unité d'origine. Non plus lame sagittale continue c'est une couverture vasculaire, tassement du tissu conjonctif, que les vaisseaux, se soulevant, entraînent et condensent en se portant aux différents organes pelviens, rectum, prostate et vésicules, vessie.

Et ainsi, cette lame sacro-recto-génito-pubienne se modifie singulièrement. Elle est la gaine des vaisseaux hypogastriques, et, comme eux, multiple dans sa disposition. Suivant ces vaisseaux elle se porte aux différents organes pelviens, créant ainsi les loges où ils sont contenus. C'est elle, qui, dans ses diverses parties, a été étudiée et décrite sous des noms différents par CHARPY, Pierre DELBET, DRAPPIER, Paul DELBET, CERF, etc... Elle créera donc, bien que de constitution et d'origine semblables, des formations diverses. FARABEUF la décrit ainsi : C'est une large couverture vasculaire que soulève en une sorte de tente l'artère utérine (et chez l'homme la vésiculo-déférentielle). De ses deux versants, le postérieur passant au-dessus de l'hémorroïdale moyenne va se fixer sur le sacrum et le coccyx : c'est l'aponévrose sacro-recto-génitale ; l'antérieur passe par-dessus l'ombilicale pour aller au pubis : c'est l'ombilico-prévésicale.

Il y a donc surtout deux loges intéressantes, séparées par le plan génital : une, vésicale, en avant ; une, rectale, en arrière. La loge génitale, entre les deux, est toute petite. Elle est simplement contenue dans le dédoublement de la cloison transversale limitant les deux grandes loges, l'aponévrose de Denonvilliers. Donc, la gaine rectale se limite

au sacro-coccyx en arrière, à la loge génitale, c'est-à-dire à l'aponévrose de Denonvilliers en avant ; latéralement c'est l'aponévrose sacro-recto-génitale de FARABEUF, partie de la gaine hypogastrique : c'est classique. Nous nous réservons de discuter plus loin la nature de cette lame sagittale latéro-rectale que nous appelons maintenant simplement lame sacro-génitale (*fig. 4*).

Si la disposition des cloisons sous-péritonéales a été

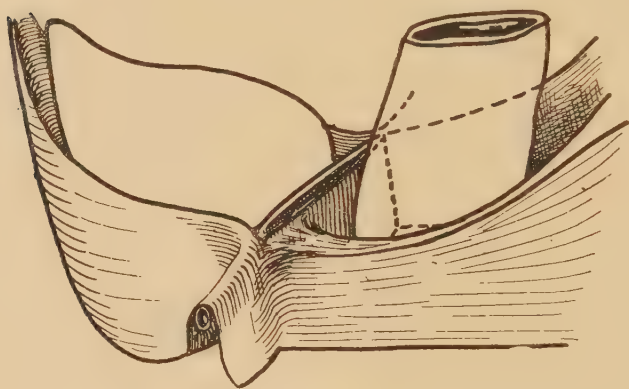


Fig. 4. — Vue cavalière schématique des loges pelviennes.

très discutée, leur nature l'a été de même. Aponévroses distinctes, gaine hypogastrique, accollement des feuillets péritonéaux, qui, chez l'embryon, descendent jusqu'au plancher pelvien, comme le disent CUNÉO et VEAU, et se soudent ensuite ; il serait hors de propos de vouloir ici reprendre ces discussions pour l'ensemble des loges. Seule, celle du rectum nous intéresse. Par quoi est-elle formée ? Comment est-elle limitée ?

Comment elle est limitée, nous venons de le voir dans

l'ensemble. Lorsque, quittant son revêtement péritonéal, le rectum descend dans l'espace pelvi-rectal supérieur, il reste cependant entouré par ces lames qui semblent se fixer en haut sur le péritoine, en bas sur le plancher pelvien. Cette gaine, très élevée en arrière, puisque sur sa face postérieure le rectum est entièrement dépéritonisé, s'abaisse donc de plus en plus à mesure qu'elle s'avance pour être beaucoup plus courte en avant, la distance qui sépare le fond du Douglas du plancher pelvien n'excédant guère 5 centimètres.

a) **En arrière** il est très difficile de mettre en évidence comme limite à la gaine rectale sous-péritonéale autre chose que la face antérieure, concave, du sacrum. C'est elle qui limite vraiment la loge, se prolongeant en bas par le coccyx, latéralement doublée par les pyramidaux et prolongée en bas par les ligaments sacro-sciatiques, recouverts des muscles ischio-coccygiens. Ces formations ostéo-musculaires postérieures sont recouvertes par une aponévrose solide, partie postérieure de l'aponévrose pelvienne. Sous elle, sur la concavité sacrée descend l'artère sacrée moyenne et ses veines, toujours visibles au travers du voile aponévrotique. C'est cet ensemble qui constitue la paroi postérieure de la gaine rectale. On a discuté l'existence d'une lame celluleuse, mince, qui se différencierait dans le tissu lâche rétro-rectal.

Là, dans ce tissu cellulaire rétro-rectal, se trouvent des lymphatiques et des ganglions. Il y a toujours chez les cancéreux des ganglions augmentés de volume, facilement isolables ou non. Le long des branches de bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure et le long de l'artère elle-même, appliquée contre les tuniques intestinales, ils mon-

tent en chaîne plus ou moins serrée, généralement en dedans des vaisseaux. C'est par conséquent une zone dangereuse au point de vue de l'envahissement et de la propagation néoplasiques : le décollement du rectum de la concavité sacrée, facile à faire du reste à la main ou au tampon, en raclant le sacrum, emportant avec l'intestin tout le tissu cellulaire qui le matelasse, constitue donc un temps capital dans l'extirpation rectale.

b) **En avant**, la limite de la loge est nette aussi. C'est, au-dessous du cul-de-sac de Douglas, l'aponévrose de Denonvilliers tombant derrière vésicules et prostate jusqu'au plancher pelvien, reposant sur le muscle recto-urétral. Quelle est-elle ? Emanation du feuillet supérieur de la gaine du transverse pour les uns, tassement du tissu cellulaire autour des vaisseaux, donc partie de la gaine hypogastrique, pour d'autres, elle résulte, d'après CUNÉO et VEAU, de l'accolement des deux feuillets péritonéaux du Douglas primitif. En tous cas, chez l'adulte, c'est une lame frontale, plus large à son bord supérieur qu'à sa partie inférieure. Unique en bas, derrière la prostate, elle se dédouble au bord supérieur de celle-ci pour engainer les vésicules séminales et la portion terminale des déférents avant que de se fixer par son feuillet postérieur au fond du Douglas. Elle adhère fortement à la prostate sur la ligne médiane où l'on ne peut passer en avant d'elle sans emporter un peu de tissu prostatique. Au contraire, sa partie postérieure, pour ZUCKERKANDL, QUÉNU et HARTMANN, n'adhère pas au rectum : il y a là, entre les deux organes, une mince couche de tissu cellulaire lâche, espace décollable pré-rectal. Mais, en haut, quand l'aponévrose de Denonvilliers est dédoublée, il n'en est plus de même ;

il n'y a plus vraiment de zone décollable. Les nombreuses discussions qui se sont élevées sur la fixité des rapports vésiculaires avec la vessie ou avec le rectum en sont une preuve. Les vésicules suivent-elles la vessie, suivent-elles le rectum dans leurs déplacements ? Pour beaucoup elles se déplacent avec la vessie (TESTUT) ; pour d'autres, elles restent toujours accolées au rectum dont elles suivent le déplacement : GUELLIOT l'a montré dans sa thèse. En fait, lorsqu'on intervient sur le rectum et qu'on pratique le décollement antérieur, elles resteront avec la vessie si on incise le péritoine du Douglas presque à son point déclive, on ne les verra pas et elles se mobiliseront avec l'intestin si l'incision porte sur le pli transverse.

Sur les côtés, la lame rétro-prostatique vient s'arrêter, se fusionner avec l'aponévrose ombilico-prévésicale et les aponévroses latéro-rectales. C'est-à-dire qu'il y a là coalescence des trois éléments « conjonction fibreuse à trois branches » : branche interne, lame de Denonvilliers ; branche postérieure qui se perd à ce niveau sur la zone génitale, lame latéro-rectale ; branche antérieure, aponévrose ombilico-prévésicale qui, avant de fuir en dehors, soulevée par l'artère ombilicale, vient au contact de la lame rétro-prostatique (*fig. 4*).

Un point important à signaler est que c'est au niveau de l'aponévrose de Denonvilliers que le rectum coude sa paroi antérieure en avant, forme son « cap » rétro-prostatique. Il vient buter contre la glande. Aussi bien, malgré l'existence de cette zone décollable rétro-prostatique de QUÉNU et HARTMANN, pour ne pas ouvrir la lumière intestinale, ou même simplement érailler la musculature, on est presque fatalement conduit à passer en avant de la lame de Denon-

villiers, emportant avec le rectum et l'aponévrose quelque peu de tissu prostatique.

Dans le muscle de Roux, recto-urétral, sur lequel repose l'aponévrose, glissent, on l'a vu plus haut, les petits troncs lymphatiques étalés réunissant le bec prostatique à la paroi rectale antérieure.

c) **Latéralement**, la loge est fermée par la lame sagittale du rectum, la lame ou aponévrose sacro-recto-génitale. C'est la partie la plus intéressante de la gaine rectale. On la décrit ainsi : Ce sont des lames, qui, fixées en arrière sur le sacrum, en dedans des trous sacrés, semblent se perdre en avant sur les organes génitaux. Le bord supérieur adhère au péritoine, le bord inférieur descend jusqu'à l'aponévrose pelvienne, se continuant avec la gaine hypogastrique. Elles décrivent dans leur ensemble une courbe à concavité interne, embrassant ainsi le rectum.

C'est en effet ce que l'on voit après section et soulèvement du péritoine latéro-rectal : on voit une formation assez large, résistante, plaquée contre la paroi pelvienne en dehors, contre le rectum en dedans, et qui semble se continuer, s'étalant en arrière et en dehors, avec l'hypogastrique, s'arrêtant en dedans contre le sacrum. De leur tiers antérieur, quand elles vont s'étaler pour se perdre sur la zone génitale, ces lames émettent une cloison verticale, se portant en arrière et en dedans, qui vient s'attacher solidement sur le rectum qu'elles fixent : ce sont les ailerons du rectum, les ailerons de l'hémorroïdale moyenne.

C'est, pour FARABEUF et CERF, la condensation du tissu cellulaire pelvien sur les vaisseaux qui, de l'hypogastrique, se rendent à la zone recto-génitale : la gaine hypogastrique. Ce ne serait donc pas une formation différenciée. Pour

Pierre DELBET il existe, outre les vaisseaux et leur gaine, une aponévrose distincte, constante, formation autonome. Les fibres s'insèrent sur le sacrum et le coccyx suivant une ligne oblique en bas et en dedans, en dedans des trous sacrés et sur les bords latéraux du coccyx. Lorsqu'elle est bien développée elle ménage au-devant des corps des vertèbres sacrées des sortes d'arcades fibreuses où passent les anastomoses qui vont des veines sacrées aux veines intrarachidiennes. Les fibres supérieures vont en bas et en avant, quelques-unes s'arrêtent sur le rectum, les autres vont jusqu'à l'utérus (1), les fibres inférieures plus résistantes se portent sur le rectum. Pour OMBRÉDANNE, cette description n'est exacte que si le rectum est attiré en avant. Sinon on ne voit plus ces lames sagittalement tendues : ce ne seraient que les mésos de l'hémorroïdale moyenne.

Mais il y a encore autre chose dans ces lames sagittales : il y a des nerfs et très importants, puisque ce sont ceux du rectum et de la vessie, de l'utérus chez la femme. C'est le plexus hypogastrique avec le ganglion du même nom, récemment décrit à nouveau par MM. LATARJET et BONNET chez l'homme, LATARJET et ROCHET chez la femme. Pour ces auteurs, c'est là la vraie lame sagittale latéro-rectale. Le nerf présacré, terminaison de la chaîne prévertébrale, se divise en deux branches : les nerfs hypogastriques, rubanés et plexiformes, embrassant dans leur courbe les faces latérales du rectum et situés en dedans des trous vasculaires. Ils se terminent alors à la corne postérieure et supérieure du ganglion hypogastrique qui, à la partie inférieure, reçoit les branches anastomotiques du

(1) Cette description étant empruntée à la thèse de Pierre DELBET : *Des Suppurations pelviennes chez la Femme*, nous résumons cette partie anatomique bien que nous ne nous occupions que de la gaine rectale chez l'homme.

plexus sacré. Il est appliqué contre le rectum et ses branches de distribution le continuent en avant.

On voit donc la complexité de cette lame sagittale. Deux éléments essentiels la constituent : des vaisseaux, des nerfs. Accessoirement, un troisième formant l'aponévrose de DELBET. Nous disons accessoirement car nous n'avons jamais rencontré dans nos dissections une aponévrose vraiment différenciée. Nous l'avons toujours vue comme une toile mince, correspondant assez exactement à ce qu'en écrivent LATARJET et BONNET : « L'aponévrose sacro-recto-génitale existe, mais elle est représentée à ce niveau par une lame celluleuse très mince qu'il est difficile d'isoler dans toute son étendue sans la perforer... Au niveau de ses insertions postérieures, la toile est mince, mais toujours dense, surtout à sa partie supérieure. Elle est perforée par les rami-communicantes qui partent de la chaîne sympathique pour aboutir au plexus sacré. En avant, elle s'insinue entre la face externe du ganglion hypogastrique situé en dedans d'elle et le pédicule vasculaire situé en dehors. Près des organes, elle s'amincit et disparaît dans le tissu cellulaire qui les entoure... La lame celluleuse n'est pas assez développée dans son segment antérieur pour constituer un plan de clivage facile entre les formations vasculaires d'une part, nerveuses de l'autre. Une dissection soigneuse seule y parvient. »

Et encore à ce niveau est-elle très difficile, sinon impossible. En effet, si on peut fort bien isoler à la partie postérieure la lame vasculaire de la lame nerveuse et celle-ci de la lame celluleuse, en avant il n'en va plus de même ; et l'étude de nos pièces nous amène à considérer la consti-

tution de la lame sagittale latéro-rectale de façon un peu plus complexe qu'elle n'est habituellement décrite.

Elle est faite essentiellement par les nerfs du plexus hypogastrique, des vaisseaux et une lame celluleuse. Pratiquement, il faut les considérer comme formant un tout chirurgical, car la gaine hypogastrique est soulevée par tout ce qui est au-dessous d'elle, aussi bien par les nerfs que par les vaisseaux ; et la lame celluleuse interne n'est qu'une forme de condensation particulière du tissu conjonctif appliqué contre les nerfs.

Mais, au point de vue anatomique pur, elle est très différente lorsqu'on considère en avant ou en arrière.

En arrière, la pointe du bistouri ou l'aiguille isolent très nettement trois plans : Un plan externe, vasculaire, que forment les artères, en particulier l'hémorroïdale moyenne, et surtout les veines satellites qui s'écartent en dehors pour gagner le tronc de l'hypogastrique. Puis des nerfs qui forment comme la charpente de la cloison et nous semblent en être le véritable substratum, se prolongeant très haut sous le péritoine par les nerfs hypogastriques, s'arrêtant en bas contre le sacrum par leurs anastomoses avec le plexus sacré. Enfin, en dedans, accolée contre le plan nerveux, beaucoup plus difficile à isoler à cause de sa minceur, l'aponévrose qui vient se fixer sur le sacrum en dedans des trous sacrés. Cette troisième formation est parfois très difficile à séparer du plan nerveux chez l'adulte (*fig. 5*).

Puis ces trois éléments qui ne sont qu'accolés vont *en avant* s'intriquer les uns dans les autres pour se perdre sur la zone génitale, au bord de l'aponévrose de Denonvil-

liers, fermant ainsi complètement la loge rectale. A ce niveau alors, l'hémorroïdale moyenne pénètre les éléments nerveux, s'insinue horizontalement pendant quelques millimètres au milieu d'eux, décrit une crosse et va se jeter sur la prostate et la vessie: c'est une artère génitale plus que rectale. Mais, au moment même où elle se courbe pour

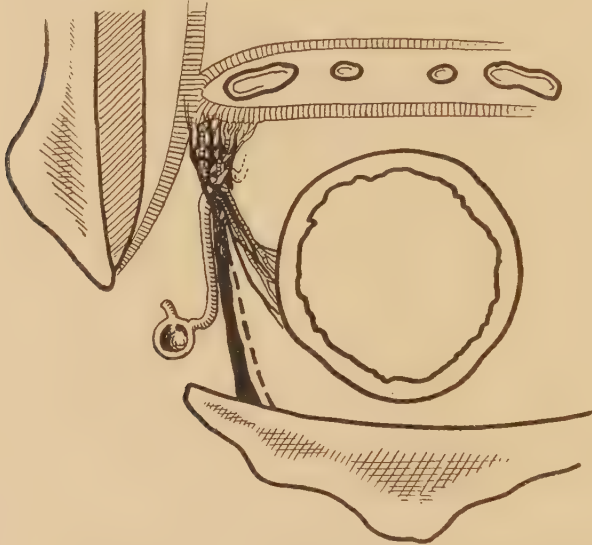


Fig. 5. — Constitution de la lame sagittale. En noir, les nerfs; en pointillé, l'aponévrose.

aller à la recherche de la prostate, elle émet un pinceau de branches, deux ou trois plus ou moins développées suivant les sujets, qui vont en arrière et en dedans se jeter sur le rectum. Elles sont toujours accompagnées de plusieurs filets nerveux, généralement trois pour LATARJET et ROCHET. Ce sont ces filets nerveux et vasculaires, qui, entourés par du tissu cellulaire, émanation de la gaine hypogastrique, forment vraiment les *ailerons latéraux* du rec-

tum. On les voit très bien lorsqu'on tire sur le rectum que l'incision péritonéale a libéré ; on les voit bien aussi lorsqu'on le tire par le périnée. Ces ailerons du rectum ne sont donc pas constitués par l'hémorroïdale moyenne, mais par les branches rectales de cette artère (*fig. 5*).

Et si cette formation est constante, solide, véritable ligament fixateur du rectum, il existe parfois quelque chose d'analogue un peu plus en arrière. Mais, cette fois, il n'y a que de tout petits rameaux vasculaires, de très faible calibre, enveloppés encore de tissu condensé ; ils forment, lorsqu'ils existent, une sorte d'aileron secondaire franchement transversal, saignant relativement peu à la section.

Des lymphatiques empruntent la voie de cette lame sagittale pour gagner le ganglion hémorroïdal moyen : tronc collecteur recto-prostatique, lymphatiques prostatiques en communication avec le réseau rectal. C'est naturellement par la partie la plus externe de la lame qu'ils cheminent : ils suivent les vaisseaux. En avant, mêlés à tous les éléments, ils se séparent en arrière de la toile celluleuse qui ne contient rien et des nerfs pour suivre exactement la destinée de l'artère hémorroïdale moyenne sur la partie postéro-supérieure de laquelle ils vont relayer au ganglion. Donc si l'on voulait enlever de façon absolue tous les lymphatiques il faudrait sectionner et enlever avec l'intestin toute la lame latéro-rectale. Nous verrons plus loin ce qu'il en faut penser.

En résumé, fermée en arrière par le sacrum recouvert de son aponévrose, en avant par la lame de Denonvilliers adhérente à la prostate, la loge rectale est isolée sur les

côtés par la lame dite sagittale, réunion d'une faible aponévrose négligeable, du plexus hypogastrique et de ses branches d'origine, enfin des troncs vasculaires nés de l'hypogastrique et en particulier l'artère hémorroïdale moyenne qui fournit au passage l'aileron rectal.

Enfin l'uretère, collé sous le péritoine, touche tout à fait à sa partie antérieure cette lame, reposant sur elle avant de se terminer à la face postérieure de la vessie.

CHAPITRE II

Conclusions fournies au point de vue opératoire par l'Anatomie et l'Anatomie pathologique.

1° Données particulières vis-à-vis de la gaine rectale.

L'étude des lymphatiques, l'étude de la gaine rectale, et en particulier des lames sagittales qui ferment sur les côtés la loge où se trouve enfermé le rectum, sembleraient au premier abord devoir fournir la conclusion que, pour bien faire, pour faire large, il faudrait passer en dehors de la gaine : les lymphatiques, en effet, passent dans la lame sagittale, et à sa partie la plus externe, le long des vaisseaux.

Or, en pratique, cela peut-il se faire ? cela se fait-il ? Résolument il faut répondre : généralement non. On ne peut guère, au cours de l'extirpation, enlever les lames sagittales. Cela nous semble difficile parce que, d'une part, ce serait faire plus qu'un évidemment complet du bassin.

Couper tous les nerfs de la vessie, de la prostate; peler ou couper les vaisseaux d'épanouissement de l'hypogastrique — il est vrai que certains chirurgiens, comme QUÉNU et CHALIER en particulier, conseillaient sa ligature dans un premier temps opératoire — cela semble hors de proportion avec le but à atteindre pour une sécurité qui serait loin d'être absolue.

D'autre part, on ne peut pas sans grande difficulté passer en dehors de cette formation résistante qu'est l'ensemble de la lame sacro-recto-génitale. Il n'y a plus alors de plan de clivage. Que si l'on peut fort bien — ainsi que nous croyons l'avoir montré — en différencier nettement les éléments par la dissection, il n'en reste pas moins que, pratiquement, chirurgicalement, c'est un ensemble, c'est une formation unique : le reste n'est que fait d'interprétation. Le plan de clivage du rectum, et le seul, est dans sa gaine, contre elle : on n'en peut pas facilement sortir. Il faudrait pour cela couper au ras du sacrum, devant les trous sacrés, le pédicule nerveux et les formations cellulo-aponévrotiques qui l'entourent : cela ne se ferait qu'au prix de troubles fonctionnels graves ; et encore risquerait-on souvent de diminuer ou même de supprimer ce que justement l'on veut conserver, la fonction sphinctérienne, en sectionnant le nerf anal à son origine.

Pourtant, il est des fois où l'on emporte une partie des lames sagittales, soit que la libération latérale soit difficile, soit que l'on ait délibérément sacrifié les vaisseaux. Mais encore dans ces cas là suppression des lymphatiques est illusoire. On n'emporte pas toute la lame jusqu'à sa base : on en laisse toujours une partie si l'on ne sectionne pas les releveurs à leur insertion obturatrice, comme le font

MILES et PAUCHET. Et même lorsqu'on les sectionne à cette hauteur, si l'on n'a pas pris soin de couper aux ciseaux à leur partie postérieure, sacrée, les vaisseaux et les nerfs de la lame sagittale — ce que personne à notre connaissance ne fait systématiquement — on ne peut pas être sûr de tout enlever de la lame. Alors, quel avantage en retire-t-on ? Pas beaucoup plus de sécurité, un délabrement beaucoup plus grand et des troubles fonctionnels très ennuyeux, en particulier troubles vésicaux persistant longtemps et troubles génitaux, c'est-à-dire l'impuissance, même sans section des déférents. Ceux-là sont fréquents, et il semble hors de doute qu'ils ne soient dus bien souvent à la section ou au traumatisme subi, lors de l'extirpation du rectum, par les nerfs du plexus hypogastrique.

Mais ces troubles régressent et peu à peu disparaissent. Ceci, nous ne croyons pas que ce soit dû simplement à l'automatisme qu'arrivent à développer la plupart des organes par leurs ganglions intrapariétaux, mais bien souvent au fait que l'on n'a pas enlevé la totalité des nerfs qui se rendent à eux : donc que l'on n'a pas sacrifié la lame latéro-rectale tout entière.

Or, chez tous les opérés de M. VILLARD, comme chez nombre d'autres opérés par la méthode combinée habituelle, nous n'avons jamais vu de troubles vésicaux, nous n'avons jamais lu dans les observations de ceux qui nous furent personnellement inconnus, le moindre degré de rétention post-opératoire. Toutes les manœuvres de libération s'étaient faites dans la gaine, ménageant par conséquent le plexus hypogastrique. Et les récurrences sont sensiblement au même taux dans notre statistique que dans les autres.

Quant à la libération antérieure, il n'en va pas de même. Il n'existe plus, comme latéralement, une sorte de zone morte entre les parois de la loge et le rectum. La prostate est tout contre lui. C'est un organe qui risque l'envahissement lors de l'évolution du néoplasme. La barrière de l'aponévrose de Denonvilliers se laisse tourner par les lymphatiques : là il faut passer devant la barrière, ne pas rester en deça, aller au delà ; donc emporter avec la lame rétro-prostatique un peu du tissu glandulaire, si l'on veut être sûr d'en faire assez. En fait, cela se réalise presque naturellement. C'est là qu'est le « cap » du rectum chez l'homme, comme c'en est le cap chez la femme au niveau du Douglas. On ne veut pas ouvrir le rectum au cours de l'intervention. C'est une crainte qu'on a toujours au moment du décollement antérieur, et c'est pourquoi on reste aussi loin de l'intestin que possible, on ne le serre pas de près, et cette manœuvre fait que, fatalement, le chirurgien s'impose, par prudence opératoire, ce que commande la disposition anatomique.

Donc le doigt et les ciseaux en avant, le doigt ou la compresse en arrière, dans la concavité sacrée, et sur les côtés contre la lame sagittale, font d'eux-mêmes le chemin qu'il faut suivre, le seul que l'on puisse suivre. Il n'y en a point d'autre si l'on ne veut s'égarer. Et c'est ce qu'on a presque toujours fait.

On a pourtant laissé des lymphatiques dans les parois de cette gaine. Oui, on en a laissé parce qu'on ne peut pas les enlever. Mais il se trouve justement que ces lymphatiques — ils sont prostatorectaux et vont au ganglion hémorroïdal moyen — viennent d'un organe situé à contre-

courant, donc ayant peu de chances d'être envahi. Et, de fait, ils ne sont pour ainsi dire jamais pris. D'autre part, il serait exceptionnel de voir des récidives à leur niveau. Ce qu'écrivait MONDOR à leur sujet est précis, nous ne pouvons mieux faire que de le citer textuellement : « Les métastases au niveau de ces ganglions semblent très exceptionnelles, ou très difficiles à découvrir. FAYARD, il est vrai, a signalé l'existence, dans un cas de cancer, d'un groupe ganglionnaire situé sous le péritoine, en dehors du rectum, en dedans des branches de l'hypogastrique et de la surface osseuse qui répond à la cavité cotyloïde. Il l'appelle le groupe pelvien, le croit fréquemment envahi par le cancer et souligne les difficultés de l'explorer. CARL KOCH signale aussi ces ganglions, et QUÉNU et HARTMANN ont vérifié leur envahissement soit dans l'autopsie, soit sur le vivant.

« Nous avons recherché ces adénopathies par la dissection au cours de sept autopsies, chez des sujets à très gros épithéliomas. Nous ne les avons jamais rencontrées. D'autre part, nous n'avons pu découvrir dans la littérature (si l'on prend bien soin de distinguer ces ganglions des ganglions iliaques internes) ni une observation qui prouve nettement leur envahissement cancéreux, ni un dessin qui figure exactement leur importance et leur topographie. »

2° Données générales.

En dehors de ce fait, maintenant acquis, qu'il est inutile sauf en avant de franchir les limites de la loge rectale, les données générales que fournissent l'anatomie classique de la région rectale, et les renseignements anatomo-patholo-

giques se résument à des choses généralement admises, à savoir surtout l'importance capitale du temps abdominal, et la nécessité de dépasser largement en haut les limites de la tumeur.

1° Dans le néoplasme du rectum — nous laissons de côté, bien entendu, tout ce qui est cancer sous-ampullaire, cancer ano-rectal, complètement en dehors de cette étude — *la zone dangereuse est en haut*. Ce sont avant tout les lymphatiques supérieurs qui sont envahis, et MONDOR, dans sa *Thèse*, a insisté particulièrement sur ce fait : « Il y a toujours dans le tissu cellulaire rétro-rectal d'un cancéreux des ganglions augmentés de volume, quelquefois faciles à isoler dans une graisse molle, quelquefois enchâssés dans la sclérose inflammatoire... On les trouve le long des artères hémorroïdales supérieures latérales en chaînes plus ou moins serrées, en dedans des vaisseaux, ou en dehors, plus rétro-rectaux que latéro-rectaux. Mais nous devons surtout insister sur ce fait : il existe toujours un groupe de ganglions exactement au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure ». Du reste, même à une plus grande distance, jusque dans le mésocôlon pelvien il y a souvent des ganglions que l'on découvre par la laparotomie, dans le premier temps opératoire, qui est en même temps un droit de regard dans l'abdomen. Et si, parfois, ils sont purement inflammatoires, il est bien des cas où histologiquement ils ont été reconnus largement cancéreux.

Cette constance des ganglions du territoire supérieur a permis à MONDOR d'écrire : « La constance d'une adénopathie hémorroïdale supérieure ou prédominante, sympto-

matique de cancers hauts ou bas, nous permet de croire qu'elle est l'adénopathie immédiate du cancer du rectum la plus importante, la plus chirurgicale » et encore « l'envahissement des ganglions lymphatiques atteint particulièrement... un groupe important... situé au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure, où paraît se trouver le véritable hile artériel et lymphatique de l'organe ». C'est là que le cancer envoie 7 fois sur 10 sa première métastase (CHALIER et MONDOR) ;

2° Par contre, *en bas*, dans ce qui n'est plus accessible par la laparotomie, c'est-à-dire à partir des releveurs, *presque pas de danger* dans les cancers hauts. Nous avons vu qu'il était exceptionnel de voir un envahissement plus bas que la tumeur — et elle est, dans les cas que se réserve la transanale, à au moins 8 centimètres de l'anus.

Si l'on a vu dans quelques cas de néoplasmes, même sous-péritonéaux, la présence de gros ganglions inguinaux il ne s'ensuit pas fatalement que la zone inférieure, périnéale, présente un envahissement nécessaire. Leur nature cancéreuse du reste n'a pas été prouvée histologiquement toujours, loin de là. Parfois, un examen soigneux de la région périnéo-anale pourra permettre de trouver une porte d'entrée et une explication. Mais si l'on ne trouve rien, on est en droit de croire à un envahissement ganglionnaire néoplasique grâce aux communications des territoires lymphatiques du rectum : la chose est possible. Mais on est alors en présence de cas rares, et qui, du fait de cet envahissement inguinal, ne sont plus justiciables exactement de la même thérapeutique, quel que soit le mode périnéal de l'intervention ;

3° Nous avons, du reste, prélevé sur 8 pièces opératoires des fragments pour l'examen histologique. Des coupes ont été pratiquées sur la partie basse, proprement périnéale, intéressant le releveur sectionné tout près de l'intestin. D'une façon générale elles intéressent les tuniques intestinales dans toute leur épaisseur, releveur compris, et la faible quantité de tissu cellulo-aponévrotique qui entoure le rectum (périnéal). Deux seulement de ces pièces ont montré un envahissement ; l'un indiscutable, l'autre douteux. Les autres sont absolument indemnes.

Dans les deux cas, le processus néoplasique avait infiltré la partie musculaire, en l'espèce le bord rectal du releveur de l'anus. Or, des deux malades à qui appartenaient ces pièces, un seul a présenté une récurrence, et une récurrence basse, au niveau de la région anale, puisqu'on a dû, dans une intervention secondaire, enlever une partie du sphincter qu'on avait conservé. L'autre n'a pas présenté de récurrence : c'est celui dont l'examen histologique était douteux. Sans doute ne s'agissait-il que d'un simple processus inflammatoire, ou bien la section des releveurs a passé à la limite de l'envahissement et a suffi à extirper tout le mal.

Quoi qu'il en soit, avec ce que nous savons de la fréquence de l'envahissement ganglionnaire haut, il est aisé de se rendre compte par là de la faible fréquence de l'infiltration au-dessous de la tumeur — ceci n'est du reste qu'une confirmation de ce qu'écrivait MONDOR. — Sur 8 pièces une seule au niveau des releveurs présentait un envahissement certain, soit 12,5 0/0, une seule était douteuse, les autres absolument saines. Donc, encore une fois, tout le danger est en haut ;

4° Il est cependant encore un point sur lequel nous voulons insister : c'est celui de la *section des releveurs*. Après ce que nous avons dit des zones dangereuses au point de vue de la propagation cancéreuse, après avoir montré qu'on devait autant que possible respecter les lames sagittales du rectum dans lesquelles on laisse pourtant des lymphatiques — exceptionnellement envahis — il semblerait que l'on puisse ménager complètement les releveurs et les sectionner au ras du rectum qu'on extirpe. En effet, ils sont situés dans la zone que nous qualifions de non dangereuse, ils sont plus bas que la lame sagittale que de parti pris l'on conserve. Et cependant nous croyons que les respecter au maximum constitue une erreur, sinon une faute.

Les lymphatiques inférieurs du territoire rectal moyen naissent, on le sait, au-dessous du releveur, s'appliquent un instant à sa face inférieure, puis traversent le muscle pour passer dans la région pelvienne. Il y a donc là, tout autour de la partie inféro-interne du muscle une sorte de couverture lymphatique qui le tapisse sur ses deux faces. Il n'est pas plus difficile de sectionner les releveurs à un centimètre et demi ou deux de la paroi rectale que de les couper contre elle, et, sans vouloir aller jusqu'à la suppression complète du plancher pelvien, nous croyons qu'il est bon de faire systématiquement le sacrifice de ces deux centimètres. Ne serait-ce que par prudence — puisque là on ne rencontre pas les mêmes difficultés que pour la gaine rectale — que cela suffirait déjà à justifier l'acte. Du reste l'examen histologique a montré au moins une fois l'envahissement du muscle. Mais surtout nous croyons que nombre de récidives se font dans le tissu cellulaire péri-rectal, d'une part à la faveur d'une section trop parcimonieuse, en haut,

du méso que l'abaissement a conduit par le périnée jusqu'à la peau, par inoculation d'autre part lors de cet abaissement. Laissant de côté la première éventualité nous dirons simplement un mot de la seconde. Les instruments, les doigts et surtout l'intestin lui-même qui va défiler, attiré au travers de la brèche périnéale, peuvent transporter des cellules néoplasiques et les greffer en un point quelconque du champ opératoire. Pourquoi laisser exposer à ce contact une zone particulièrement riche en lymphatiques, et en lymphatiques provenant tous directement des tuniques rectales ? ce qui peut déjà être une cause d'envahissement. Il est, certes, plus prudent, rendant en même temps la brèche un peu plus large, de supprimer la zone la plus susceptible d'inoculation et dont la conservation n'est pas si indispensable qu'on le croit au point de vue fonctionnel. Car si le releveur est le vrai sphincter, la zone cicatricielle qui le fixera secondairement autour de l'intestin abaissé et le rétrécira pourra fort bien s'étendre sur un centimètre de plus. Et d'autre part rien n'empêche de rapprocher, si l'on veut, et de suturer par quelques points au catgut les bords du releveur au côlon descendu.

De cette étude anatomique, de ces recherches histologiques il résulte donc ceci :

1° D'une façon générale, dans les néoplasmes haut situés, *seule l'extirpation abdomino-périnéale donne la certitude de s'attaquer assez largement au mal que l'on veut combattre ;*

2° Dans cette extirpation, *le temps abdominal est de beaucoup le temps capital* parce que, permettant d'abord

par la laparotomie de se rendre un compte exact de l'étendue, de la nature de la lésion et de son opérabilité, ce qu'il faut avant tout enlever avec la tumeur c'est son territoire lymphatique supérieur — le plus haut possible ;

3° Au cours de ce temps abdominal, on sera conduit à dépasser toujours en avant la gaine rectale, à la respecter au contraire sur les côtés, enfin à évider aussi complètement qu'il est possible l'espace rétrorectal ;

4° Le temps périnéal est d'importance beaucoup moindre : il se déroule, quant aux cancers haut situés, dans une région dont on n'a guère à craindre l'envahissement cancéreux ;

5° Il vaut mieux sectionner un peu largement les releveurs de l'anus à leur insertion sur le rectum.

Ce principe de la nécessité fréquente d'une extirpation abdomino-périnéale est posé. Il va sans dire que nous ne nous occuperons pas de tous les procédés d'extirpation périnéale simple avec conservation du sphincter qui ne rentrent pas dans notre étude. Ils peuvent, dans quelques cas limités, conserver leurs indications et permettre des exérèses complètes. Nous n'avons pas à les discuter. Il n'y a qu'à se reporter, pour en lire les différents procédés et les indications, aux nombreux ouvrages parus à ce sujet, en particulier la *Thèse* de FINET (1), le rapport de HARTMANN (2), la *Thèse* de CHARDON (3) sur le procédé de Villard, et les articles de CUNÉO (4), et de CHALIER (5),

(1) FINET, *Thèse*, Paris, 1896.

(2) HARTMANN, *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1893.

(3) CHARDON, *Thèse*, Lyon, 1906.

(4) CUNÉO, *Journal de Chirurgie*, 1908 ; *Id.*, 1914.

(5) CHALIER, *Lyon Chirurgical*, 1912.

ou plus simplement à l'excellent livre de CHALIER et MONDOR.

Il nous reste maintenant à exposer pourquoi nous préférons, toutes les fois que la chose est possible, l'abaissement au périnée du bout colique, pourquoi nous pensons que la conservation du sphincter tend à rendre cette méthode idéale, et que c'est le procédé d'extirpation transsphinctérien qui est le meilleur, pourquoi, enfin, elle n'est pas justifiable des reproches, tant de complications opératoires que d'opération trop économique, partant sujette à plus de récidives.

CHAPITRE III

Traitement du bout supérieur Choix de l'anus périnéal

Le traitement du bout supérieur de l'intestin après extirpation se résume en ces deux méthodes opposées : l'anus artificiel abdominal ou l'abaissement au périnée. Chaque procédé a ses chauds partisans et ses détracteurs. Et, comme les raisons les plus valables, celles qui emportent la conviction de chacun et l'ancrent sur le terrain choisi sont avant tout des raisons de sentiment, nous n'avons nullement l'intention de convertir à l'abaissement quiconque est partisan déterminé de l'anus iliaque définitif. Il n'y a qu'à relire les nombreuses discussions à la Société de Chirurgie de Paris, en particulier en 1920, où la plupart des chirurgiens ont versé aux débats les résultats de leur expérience, pour y trouver, les partisans de l'anus iliaque leurs meilleures armes, les partisans de l'abaissement les raisons de persévérer dans leur choix. Cependant, puisque nous déclai-

rons défendre l'abaissement, et le préférer toutes les fois qu'il est possible, nous croyons devoir apporter les raisons qui nous y décident. Aucune, évidemment, n'est nouvelle, et — disons-le tout de suite — ce sont surtout encore des raisons sentimentales qui nous donnent notre conviction.

Mais on a fait à l'abaissement le grave reproche d'assombrir le pronostic opératoire, on l'accuse d'une gravité particulière vis-à-vis de l'anus iliaque. Ce sont ces arguments que d'abord il faut discuter.

1° *L'abaissement est moins satisfaisant parce qu'il ne permet pas une exérèse aussi large.* — Il faut, en effet, que l'on puisse attirer au travers du pelvis et du périnée une anse suffisamment nourrie et suffisamment mobile pour qu'il n'y ait pas de sphacèle consécutif. Donc il faut limiter en haut la section de l'intestin, très près de la tumeur, surtout si elle est haute.

C'est vrai, mais — nous l'avons déjà dit — tous les cas ne sont pas justiciables de l'abaissement. A-t-on affaire à un méso court, à un méso très gras dont la mobilisation est difficile, dont surtout, grâce à sa brièveté, la traction ne serait possible qu'au prix d'une section très économique, ou au risque d'une élongation telle que les vaisseaux — comme cela s'est vu — tendus comme des cordes, se coudent sur le promontoire ? Alors, c'est déjà une contre-indication. Il ne faut pas, parce qu'on préfère en général l'abaissement, prétendre le faire systématiquement, toujours. Il est bien évident que, devant un S iliaque complètement accolé ou presque, il ne viendra à l'idée de personne de tenter une chose impossible. Mais quand, comme à l'ordinaire, l'anse est longue et le méso lâche, on peut fort bien faire le nécessaire, quitte à prolonger la mobilisation

par le décollement colo-pariétal de PIERRE DUVAL, et abaisser sans arrière-pensée ;

2° *Un danger grave réside dans le sphacèle du bout abaissé, et la cellulite extrêmement grave qui va l'accompagner.* — Nous ne croyons pas vraiment que cet argument soit de taille à faire écarter l'abaissement. Lorsque celui-ci a été bien fait, sans blessure intestinale, avec une libération péritonéale suffisante, un méso largement vascularisé, si bien, qu'à la fin de l'opération, l'intestin abouché ne tire pas, il ne doit pas y avoir de sphacèle étendu. Qu'il y en ait un peu, limité strictement à un ou deux centimètres, c'est possible, c'est même fréquent. Mais si alors les soins post-opératoires sont bien conduits (la gravité de l'intervention dépend d'eux en grande partie), on évitera le plus souvent l'évolution d'une cellulite pelvienne grave, surtout si elle évolue en foyer très limité — et c'est là un des avantages du procédé transsphinctérien. C'est cette cellulite qui fait tout le danger : il est très évitable ; et quant au sphacèle même de l'intestin — sans aller jusqu'à dire qu'il est le bienvenu — nous prétendons cependant qu'il a au moins cet avantage d'éviter secondairement des prolapsus muqueux.

Et puis, vraiment, n'est-il donc pas moins grave de faire passer ainsi un intestin qu'on abaisse, complètement fermé, qui ne risque pas de contaminer au passage, par la septicité de son contenu, et l'espace sous-péritonéal et la fosse ischio-rectale, que, l'anus iliaque fait, d'avoir un intestin sectionné, ouvert dans le ventre, et abaissé ensuite au travers de ces tissus cellulaires si peu préparés à une active défense contre l'infection ? Thermocautérisé, encapuchonné, lié, sectionné sur un écrasement amenant une fer-

meture aussi parfaite que possible, c'est tout de même un intestin — et le plus septique de tous — qui a été ouvert, et dont la tranche de section, innocente, dit-on, passe, lentement, dans le péritoine un instant, dans le pelvis, puis dans le périnée avant d'être définitivement extirpé.

Enfin, il n'est pas beaucoup plus difficile de désinfecter, de soigner, de protéger de la cellulite une brèche périnéale où descend un nouveau rectum que celle, plus large, évidée complètement ;

3° *La péritonisation est plus difficile.* — Nous ne le croyons pas. Il est, du reste, difficile de dire en quoi l'abaissement complique la péritonisation. Là, plus encore que dans n'importe lequel des temps opératoires, il faut redire la phrase de CHALIER et MONDOR : « Tous les chemins sont bons, le meilleur est celui qui est le plus familier ». A un chirurgien qui, de façon habituelle, pratique l'abaissement, la péritonisation semblera aussi sinon plus facile autour de l'anse à abaisser que sur un pelvis désahabité. Et ce même chirurgien pourra redouter, la laparotomie faite, de tomber sur un mésosigmoïdien court et rétracté qui l'obligera à prendre une route qu'il connaît moins, et à pratiquer un anus abdominal définitif. C'est uniquement affaire d'habitude ;

4° Enfin l'abaissement retarderait la cicatrisation de la brèche périnéale. Ceci n'est pas démontré ; le comblement de la cavité sacrée par l'intestin peut, au contraire, permettre une plus rapide guérison, mais ce dernier point — de beaucoup moins d'importance, du reste — entre à peine dans la discussion ; le procédé de VILLARD ne crée pour ainsi dire pas de brèche périnéale ;

5° Par contre, l'anus périnéal offre, à son tour, quelques

avantages précis. Avec un plancher pelvien encore résistant, fixant et maintenant en partie le rectum nouveau, il a des inconvénients moindres au point de vue post-opératoire tardif. Les quelques prolapsus qu'il entraîne, et qui sont facilement curables, sont beaucoup moins fréquents que ceux consécutifs à l'anūs abdominal. Quelquefois très gênants, ils sont, en tous cas, toujours bénins et ne sauraient jamais entraîner des accidents graves comme ceux dont nous venons récemment encore d'être le témoin. Dans un prolapsus brusquement constitué au niveau d'un anus abdominal s'était étranglée et complètement sphacélée une anse grêle, ainsi que les parois du gros intestin évaginé. De même l'événtration, accident redoutable, restera l'apanage de l'anūs abdominal, elle aussi accompagnée parfois d'étranglement et de sphacèle. Cependant, il nous faut, dans ce procès, mettre à part l'anūs de POLLOSSON, qui, de par sa constitution même, rend plus improbables ces accidents.

Nous voudrions, par la discussion de ces arguments, avoir montré que l'abaissement n'est pas plus grave que l'anūs iliaque, que, lorsqu'il est pratiqué correctement, par des chirurgiens habitués à le faire, il n'assombrit nullement le pronostic opératoire. Nous n'en voulons pour preuve que la statistique suivante, appartenant à M. le docteur DESGOUTTES : 11 amputations par voie combinée abdomino-périnéale avec abaissement : pas une mort. L'excellence même de ces résultats opératoires constitue la meilleure plaidoirie et la meilleure réponse.

On le voit donc, les objections qu'on a pu faire, au

point de vue strictement opératoire, pour condamner l'abaissement, ou, du moins, lui préférer l'anús abdominal ne sont pas inébranlables. La plus sérieuse de toutes, à notre avis, est celle que nous avons énoncée en premier lieu : l'économie relative de l'exérèse. Mais si l'on veut bien, encore une fois, accepter qu'il est des cas où, de par une disposition anatomique défavorable, il faut abandonner l'abaissement, on se rend compte alors que, à peu près seuls, les arguments tirés du meilleur résultat fonctionnel, du fait que l'infirmité sera mieux supportée et sera moins désagréable pour le malade, vont déterminer la préférence des chirurgiens : ce sont les arguments « sentimentaux » dont nous avons parlé.

Au premier rang : la continence. Elle ne sera jamais absolue, mais ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'un opéré, même sans sphincter, avec un anus périnéal, n'est généralement pas un incontinent ; que, lorsque la fonction intestinale est régularisée — c'est facile à obtenir — les malades espacent leurs selles et arrivent par là à une continence relative et volontaire. Ceci est dû aussi à l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, mais surtout à une éducation spéciale de l'intestin qui s'habitue à ces selles espacées et régulières. Du reste, il faut bien reconnaître que l'on voit des anus abdominaux acquérir par habitude une certaine continence, et des gens raisonnables, ayant intelligemment éduqué leur intestin, arriver à se passer même d'appareillage. Ceci est vrai surtout du procédé, de beaucoup le meilleur, à notre sens, d'abouchement iliaque : l'anús terminal suivant la méthode de POLLOSSON.

Mais nous ne voulons pas nous attarder à discuter maintenant cette question de la continence puisque, justement,

par l'abdomino-transanale nous tentons de l'obtenir mieux que par n'importe quel moyen. Elle aura sa place plus loin.

C'est surtout à cause de l'état moral du malade, de la qualité de son infirmité que nous préférons l'anus périnéal à l'anus abdominal. Continent ou non, l'anus périnéal est un anus de position normale. Cette simple considération est de la plus grande importance. Tout est là. Accomplir avec l'attitude d'un bien portant, et par un anus interfessier — somme toute comme autrefois — l'évacuation intestinale, c'est mieux que de le faire par le ventre ! L'écueil, dira-t-on, c'est, d'une part, les suintements presque inévitables et l'érythème consécutif, c'est aussi la nécessité d'un appareil beaucoup plus difficile à adapter et à porter qu'un appareil abdominal. Parfois, oui ; il est sûr qu'un malade à mauvais fonctionnement intestinal, un diarrhéique que l'on ne peut régulariser ni constiper ne sauraient bénéficier de l'anus interfessier. Ce n'est pas la majorité des cas. Pour les autres, l'inconvénient n'existe presque pas. Un lavage le matin, c'est tout, et comme appareil, s'ils ont éduqué leur intestin, un tampon de coton, un simple petit bandage en T, ou une sorte de bandage hygiénique en caoutchouc.

Et si alors les malades ne peuvent plus, par diarrhée persistante ou suintement trop abondant, conserver sans inconvénient cet anus périnéal, il est simple de faire alors un anus iliaque. L'anus périnéal, meilleur déjà que l'abdominal, a encore sur lui cette ressource : en dernier ressort lui céder la place.

Et puis, quand l'opéré a repris ses fonctions d'évacuation par un anus périnéal, comme autrefois, il a vite l'illusion d'une guérison définitive qu'il ne saurait avoir avec

la sujétion plus grande de son appareillage abdominal et la sensation de sa déchéance. Et cette simple constatation plaide bien fort en faveur de l'abaissement. Chaque fois que le malade se déshabille, s'étale devant lui son infirmité et souvent le rappel de sa terrible cause ; et cela, à la longue, influe vite sur son moral et son état général.

Enfin, et surtout, quand il s'agit de sujets encore jeunes dont l'activité génitale n'est pas éteinte et réclame ses droits ? Vraiment peut-on alors comparer l'anus abdominal à l'anus périnéal ?

Combien d'exemples pourrait-on citer qui vont à l'appui de ce sentiment qu'il est mieux d'abaisser l'intestin. Les multiplier ne servirait de rien. Mais faut-il dire simplement que les cas que l'on cite ne sont que ceux de certains malades voués à la neurasthénie et dont quelques-uns vont jusqu'au suicide ? comme le malade de SAVARIAUD qui, de Périgueux, aurait voulu venir à Paris s'en prendre à l'existence de son chirurgien ? celui de DESGOUTTES qui, désespéré de se savoir condamné à un anus iliaque, voyant auprès de lui des opérés comme lui, mais avec anus périnéal, se suicide ? A quoi bon rappeler encore le malade de VILLARD, homme vigoureux, de moins de cinquante ans, en pleine puissance génitale encore, qui, ne sachant se satisfaire d'un unique attachement, venait supplier qu'on fit cesser son intolérable martyre.

Et les raisons et les exemples qu'apportent à leur tour les partisans de l'anus iliaque sont, eux aussi, éloquents. L'anus iliaque est une infirmité supportable et supportée. Le médecin, opéré par PICQUÉ, faisant sa clientèle ; l'opéré de GUINARD, continuant sa vie mondaine, sans grande gêne ; l'institutrice, opérée par TIXIER, sont probants.

Un très gros argument est fourni aussi par la facilité et la perfection de l'appareillage qui, certainement, ne saurait se comparer à celui que nécessite parfois l'anus périnéal. De même les avantages qu'en retirent les demi-incontinents et les incontinents. Mais, encore une fois, il est inutile de prolonger la discussion et les citations de cas individuels, jamais ils ne sauraient convaincre personne, persuadé que chacun est de l'excellence du procédé qu'il a choisi.

Un seul argument pourtant a une vraie valeur. C'est l'avis des malades qui ont pu faire la comparaison entre les deux modalités. Là, il semble bien que tous ceux qui, non satisfaits du mode de leur infirmité, sont venus demander une restitution plus parfaite, ont presque toujours préféré leur deuxième état : celui de l'anus périnéal. Témoin le malade de JABOULAY qui, ayant conservé deux ans un anus abdominal, réclama sa suppression et se trouva beaucoup plus satisfait de son anus périnéal. C'est bien souvent aussi l'avis de ceux qui, ayant subi une intervention en plusieurs temps avec dérivation préalable des matières, ont vu fermer la brèche iliaque au profit de l'anus interfessier.

Donc en règle générale, toutes les fois que la chose est possible, nous préférons l'abaissement à l'anus abdominal. Mais, si l'on conserve le sphincter, du coup ce choix se trouve pleinement justifié, puisque, à ces simples raisons fragiles de préférence, vient s'ajouter l'argument péremptoire de la continence sur cet anus en position normale.

CHAPITRE IV

Conservation du sphincter Choix du procédé

En effet, les inconvénients de l'incontinence sont si grands que, puisqu'elle ne saurait jamais être parfaite par toutes les méthodes qui ne tendent pas à conserver le sphincter, il faut essayer d'assurer par là, le mieux possible, la contention des matières.

De toujours beaucoup d'opérateurs ont cherché cette conservation, et par des méthodes diverses. LISFRANC déjà y avait songé lorsqu'il écrivait : « Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse ou qu'il ne s'étend pas au delà des tuniques de l'intestin ; quand, en même temps, il ne s'élève pas à plus de 27 millimètres au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt indicateur introduit dans le rectum et en le retirant en bas, de renverser l'intestin sur lui-même de manière à mettre toute la maladie à découvert. Il suffit alors de fendre la° partie renversée du rectum et de l'exciser en la contournant

avec de forts ciseaux. Quand la maladie se présente sous cette forme l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité et, après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation. »

Nous ne voulons pas ici faire l'historique de tous les procédés qui ont été imaginés pour conserver ce sphincter, car il nous faut laisser de côté toutes les méthodes d'extirpation périnéale sans temps abdominal. Ils peuvent évidemment, dans un certain nombre de cas, conserver leurs indications. Qu'il nous suffise de dire que ce ne doit pas être la règle après ce que nous venons d'écrire.

Néanmoins, en relisant les nombreuses publications écrites depuis une trentaine d'années, on se rend compte de cette tendance de beaucoup de chirurgiens à sauvegarder la continence. Il paraît en effet excessif de vouloir toujours et à tout prix sacrifier le sphincter, surtout lorsque tout autorise à croire qu'il n'est pas envahi. C'est précisément sa conservation et partant la continence presque assurée qui fait de l'abaissement la méthode de choix et tend à la rendre idéale. Il semble bien que ce soit la crainte d'une récurrence, le fait que la résection est opératoirement plus grave que l'amputation, et aussi que l'on considère actuellement l'abaissement comme plus long et plus difficile, enfin qu'il entraîne plus volontiers des accidents de sphacèle qui soient cause de la défiance de certains vis-à-vis de la conservation sphinctérienne. A plusieurs de ces arguments nous avons déjà répondu, nous discuterons plus loin les autres.

Mais, est-il certain que ce sphincter ménagé assurera la

contention des matières ? Que vaut l'anus conservé ? Une réponse affirmative seule permettra sans conteste d'assurer le bien-fondé de cette conservation.

CHARDON, dans sa *Thèse* (Lyon, 1906), inspirée par M. le professeur VILLARD, sur la méthode d'extirpation périnéale simple transanale rappelle les points anatomiques essentiels de l'innervation du sphincter et les recherches physiologiques sur sa valeur fonctionnelle après énervation partielle ou totale. Qu'on nous permette de les résumer brièvement.

L'*innervation* essentielle vient du nerf hémorroïdal ou anal, né soit directement du honteux interne, soit le plus souvent (MORESTIN) des troisième et quatrième paires sacrées. Quelle que soit son origine, il traverse la fosse ischio-rectale et aborde la partie moyenne du muscle. Sa naissance même explique l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à sacrifier délibérément toute la lame sagittale latéro-rectale : on risquerait de le sectionner à son origine. Le sphincter reçoit encore un ou deux nerfs accessoires : nerf de MORESTIN, né de la quatrième paire sacrée, abordant la partie postérieure du muscle, petits filets du honteux interne à la partie antérieure.

La *physiologie* est assez complexe, car le nerf anal est à la fois sensitif et moteur ainsi qu'en font foi les douleurs et les contractures fissuraires. Mais ce qui importe surtout c'est que, si le sphincter conservé avec tous ses nerfs, même après dilatation — ceci est de constatation courante — garde ses propriétés contractiles, ou tout au moins les récupère vite, il peut, après énervation unilatérale, conserver ses fonctions grâce aux nerfs du côté opposé, et même, complètement énérvé, il a encore une certaine autonomie.

C'est ce que montrent les expériences de ARLOING et CHANTRE, de GOLZ et EWALD. Outre la secousse musculaire normale à l'excitation, due à l'irritation directe du nerf, ces auteurs ont constaté qu'il en existait une seconde, d'ordre réflexe, par l'intermédiaire des centres, passant vraisemblablement par les nerfs du côté opposé. Chaque nerf tient donc sous sa dépendance les deux moitiés du muscle. D'autre part, les ganglions sympathiques se partagent avec la moelle le rôle de centres et sont capables de l'assumer à eux seuls. ARLOING et CHANTRE faisant la section des nerfs sphinctériens, isolant donc le muscle de la moelle, GOLZ et EWALD sectionnant et enlevant la moelle lombaire n'ont pas observé l'incontinence. Tout ceci est donc largement suffisant à autoriser la conservation d'un sphincter sain, non envahi par le cancer.

Mais la muqueuse joue-t-elle un rôle quant au point de départ du réflexe de contraction sphinctérienne ? Certains auteurs, et CUNÉO en particulier, lui attribuent une grande importance, si bien que, d'abord partisan de la conservation du sphincter avec ablation de la muqueuse à la WHITEHEAD, il en est venu plus tard à conserver tout entier le canal anal. Nous ne croyons pas qu'il faille lui attribuer tant d'importance (du reste la muqueuse colique du nouveau rectum possède une sensibilité suffisante). Certainement, il existe des modifications de la contractilité. Sa part réflexe est diminuée. Mais ceci n'a pas beaucoup d'importance. Après les opérations pour hémorroïdes où l'on a enlevé toute la muqueuse (WHITEHEAD correctement exécuté ou opération de VILLARD-DESGOUTTES) on n'observe pas d'incontinence. Parfois, comme après toutes les dilations anales forcées, on peut noter, pen-

dant un temps qui n'excède généralement pas un mois, un certain degré d'hypotonie, voire d'incontinence les premiers jours, mais qui rétrocede vite et laisse place à une contractilité absolument normale du muscle dépouillé de la muqueuse anale.

Par quelle méthode conserver le sphincter ? Celles proposées sont nombreuses.

Utilisant la voie périnéale seule, abordant le rectum par voie sacrée on a fait l'anastomose du bout supérieur au bout inférieur conservé par une suture circulaire complète simplement exécutée (KRASKE, 1885, SCHEDE) ou avec des modifications de technique (PERRON, VILLAR, MORESTIN, MAYO). La suture incomplète laissant persister un anus sacré, secondairement fermé, fut pratiqué par KRASKE dans une deuxième manière et par HOCHENEGG. L'invagination du bout supérieur dans le bout inférieur et fixation à la peau, imaginée par JABOULAY et HOCHENEGG, a été ensuite modifiée par MOULONGUET qui supprimait la muqueuse du bout inférieur afin d'obtenir une meilleure coalescence des deux segments.

Faisant toujours par voie basse la résection coccy-périnéale, cette fois, CUNÉO, libérant le rectum par deux incisions pré et rétrorectales successives, invagine le bout supérieur dans l'anus avivé à la MOULONGUET.

SAVARIAUD conserve aussi le sphincter, mais le fendait à la partie postérieure pour se donner plus de jour en arrière, et le suturait à la fin de l'intervention.

Enfin, utilisant les voies naturelles, la résection, déjà imaginée par MAUNSELL, fut décrite par HARTMANN, en 1893. Abaissement du rétrécissement au travers de l'anus

dilaté ; section du rectum tout autour du rétrécissement, facilitant ainsi l'abaissement ; section du rectum et fixation du bout invaginé à la peau ; tels sont les temps principaux du procédé.

Et, en 1905, VILLARD décrit son procédé qui est caractérisé par, au travers de l'anüs dilaté : la section du rectum au-dessous de la tumeur, la libération des parois rectales, l'abaissement, la section au-dessus du cancer, le décollement de la face sacrée et l'ablation, enfin la suture du bout abaissé à la peau et le drainage des fosses ischio-rectales.

Ce sont là tous procédés d'extirpation uniquement périnéale, mais qui pourraient être appliqués au moins en partie — certains l'ont été — aussi bien dans une opération combinée avec temps abdominal premier, ou par succession des trois temps, périnéal d'abord, puis abdominal, enfin périnéal à nouveau. Mais ils conserveront alors à ce dernier temps une part prépondérante. C'est au fond, avec quelques variantes, l'opération de MAUNSELL, de HARTLEY, de TRENDELENBURG, essentiellement caractérisée par l'invagination de la tumeur à travers l'anüs.

Cependant, réduisant à presque rien le temps périnéal, faisant presque tout par l'abdomen, DESJARDINS créa une technique très particulière. Elle est très complexe, et nous ne la rappellerons que pour mémoire. Un premier temps, périnéal, dilate l'anüs et introduit dans le rectum un mandrin spécial courbe (qui se moulera dans la concavité sacrée). Puis laparotomie médiane. Le haut rectum est abordé. Le péritoine est décollé sur 8 centimètres environ sur la ligne médiane. La rotation du mandrin, manœuvré par son manche périnéal, permet de bien voir et d'aborder

successivement toutes les faces du rectum et de pratiquer la ligature des vaisseaux. Le rectum libéré est alors fixé avec un fil de soie sur une gorge creusée à l'extrémité supérieure du mandrin, dépassant la limite de la tumeur. Alors on sectionne le rectum très bas, au niveau des releveurs, puis en haut au-dessous de la ligature. Le cylindre ainsi isolé est rapidement fendu et dégagé « comme un bracelet qu'on ôte du bras ». Le segment inférieur repéré est tendu par des pinces et le mandrin retiré doucement entraîne le bout supérieur dont la descente est facilitée par le décollement progressif du méso. Le mandrin une fois retiré de l'anus, par quatre points on fixe le bout supérieur invaginé à la tranche de section du bout inférieur et l'on péritonise soigneusement. Retournant alors au périnée, il n'y a plus qu'à couper le fil circulaire et à fixer l'intestin au pourtour de l'anus après avivement ou non à la MOULONGUET.

En 1922 enfin, au Congrès de Chirurgie, VILLARD décrivait son procédé d'extirpation abdomino-transanale, qui, d'abord et surtout abdominal, laisse à un très court temps périnéal le soin d'extirper au travers de l'anus dilaté l'intestin libéré par le ventre, et la fixation à la peau du bout supérieur. Il n'y a pas à proprement parler d'invagination puisqu'à l'anus toutes les tuniques rectales (sauf le sphincter) sont extirpées.

Aussi avons-nous compris cette méthode sous le titre d'« extirpation », car, n'osant pas écrire franchement amputation, nous ne croyons pas cependant qu'il la faille nommer résection. En effet, il est convenu d'appeler *amputation* l'ablation simultanée du rectum et de la région anale, *résection* l'exérèse qui respecte le sphincter. S'il est vrai

que le sphincter fait partie intégrante du rectum, la dénomination de résection se justifie pleinement. Mais, s'il est permis de le considérer comme un muscle individualisé, bien qu'en union avec la couche musculaire du rectum, on peut alors la contester, en ce qui concerne l'opération de VILLARD.

En effet, considérant le sphincter comme un muscle individualisé — et il est tel à notre avis — on enlève *tout* le rectum au travers du sphincter dilaté et isolé. On ne se contente pas d'abréger la muqueuse seulement à la WHITEHEAD, et d'invaginer dans ce qui reste de l'intestin terminal le bout abaissé, on enlève toutes les parois rectales. Seul le sphincter subsiste. Alors ne pourrait-on pas appeler cela une amputation? A notre sens, oui. Mais le mot pouvant prêter à confusion, nous préférons dire extirpation, quitte cependant, au cours de la discussion, à considérer l'opération que nous allons décrire comme une amputation pour l'opposer aux résections vraies.

De toutes les méthodes proposées c'est l'opération de VILLARD qui nous semble de beaucoup la meilleure. Presque toutes sont des résections, la plupart sont des opérations extrasphinctériennes. Ce sont ces caractères essentiels qui vont servir de base à la discussion.

Réduisant au minimum le temps périnéal, l'opération de VILLARD permet une libération très large de l'intestin par la voie abdominale première — ce qui, déjà, est un avantage sur toutes les méthodes comportant un premier temps périnéal, quel que petit qu'il soit. Les conditions d'asepsie sont plus rigoureuses, rien n'est tenté avant le droit de regard jeté dans l'abdomen et qui justifiera la méthode.

Enlevant toutes les tuniques rectales, elle participe aux

caractères d'une amputation et ne se trouve plus, par conséquent, sous le coup des reproches de gravité opératoire faits à juste titre aux résections.

Ne nécessitant aucune suture bout à bout d'un segment inférieur à un segment supérieur, ou de suture des deux bouts après invagination, elle échappe aux rétrécissements consécutifs, malheureusement trop fréquents si l'on n'a pas recours aux procédés compliqués, véritables plasties inventées pour parer à ces inconvénients. Elle ne crée pas de zone cicatricielle inextensible ou rétrécie à la partie inférieure de l'anus nouveau. L'existence même de ces sutures dans les résections vraies est évidemment un inconvénient grave et un danger au point de vue de l'infection et de la solidité même de la suture.

Elle ne fend pas le sphincter, elle se contente de le dilater et ceci a une grosse importance au point de vue fonctionnement ultérieur du muscle.

La petitesse du temps périnéal, sans abrasion osseuse, réduit à presque rien le délabrement du plancher périnéal et assure par conséquent aux organes pelviens, comme au nouveau rectum, un appui et un soutien dont ils ont besoin, et dont l'absence ou l'insuffisance se traduisent bien souvent par des troubles vésicaux ou tardivement des prolapsus.

Les fosses ischio-rectales sont très peu ouvertes, elles le sont au minimum. Ceci nous semble extrêmement important : l'évolution d'une cellulite pelvienne grave est souvent liée à ce fait. Les fosses ischio-rectales ont été largement ouvertes, leur tissu cellulaire, avide, pourrait-on dire, de s'infecter au moindre prétexte, ne peut pas ne pas être souillé au cours de l'acte opératoire. De plus, il est trau-

matisé : c'est en son milieu que se passent les manœuvres d'extirpation ou d'invagination. Rien de tout cela dans la transsphinctérienne; et, si l'infection s'y porte, à la faveur d'une gangrène par exemple, elle évoluera dans un foyer très limité, bien drainé, beaucoup plus facile à combattre par conséquent et à guérir.

C'est le plus rapide aussi des procédés quant au temps périnéal. Aussi rapide certainement que le procédé d'extirpation large abdomino-périnéal. Donc, on ne peut lui faire le reproche — et c'en est un que lui font la plupart des chirurgiens, PAUCHET en particulier — d'être plus grave parce que plus longue et plus délicate. Il n'est pas vrai de considérer comme plus long et plus compliqué ce temps périnéal en réalité très simple.

On lui a fait évidemment le reproche de ne pas être assez large, d'être beaucoup trop économique quant à la partie inférieure. Nous nous demandons si ceux qui font ce reproche ont pratiqué — même sur le cadavre où la dilatation sphinctérienne est loin de donner ce qu'elle donne sur le vivant — l'opération telle qu'elle va être décrite. On voit aussi large qu'il est possible une fois la dilatation faite, et l'on pourrait fort bien aller couper par là les releveurs aussi haut qu'on le voudrait. On a tant de jour qu'on oublie même parfois, au cours des manœuvres, que celles-ci se font au travers du sphincter. C'est parce qu'on regarde trop vite et qu'on accepte entièrement des schémas comme ceux de MILES, reproduits par PAUCHET, que l'on pense à l'obligatoire économie du procédé. Mais le schéma est partiellement faux. Il faut entendre autrement l'extirpation transsphinctérienne. Nous reproduisons à cet effet le schéma de

MILES, et, à côté, le schéma de l'opération telle qu'elle doit se faire, sphincter conservé. On peut du reste, à son gré, étendre plus largement encore la section des releveurs (*fig. 6*).

Et quant à la crainte des récidives, qui a fait dire à MILES qu'il fallait enlever le sphincter et les releveurs parce qu'ils étaient presque toujours envahis, qui a fait écrire à PAUCHET: « le fait de vouloir conserver le sphincter anal accroît les chances de mortalité opératoire et multiplie les

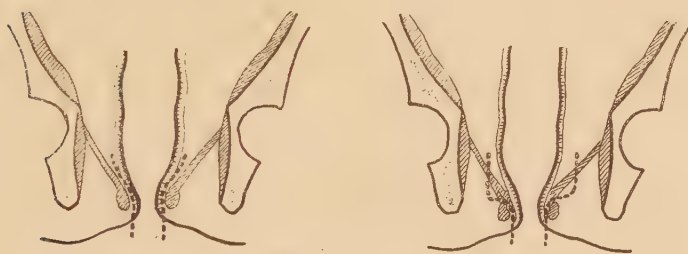


Fig. 6. — A. G. schéma de Miles. A droite : ce qu'on fait en réalité.

chances de récidive » nous la croyons vaine. En dehors des résultats histologiques rapportés plus haut, il y a, en plus des nôtres, assez de cas de conservation par d'autres procédés, sans récidives et avec survies de longues années pour prouver le contraire. Ces statistiques se chargent de répondre.

En somme, l'extirpation abdomino-transanale nous semble devoir être préférée à tous les autres modes d'exérèse avec conservation du sphincter, parce qu'elle est surtout abdominale, parce qu'elle réduit et rejette en dernier lieu le temps périnéal, parce qu'elle est une amputation et non

une résection, parce qu'elle respecte toujours le muscle, qu'elle conserve un appui solide aux organes pelviens, qu'elle réduit le sacrifice vasculaire et qu'elle crée une brèche infime, sans large ouverture ni délabrement des fosses ischio-rectales et qu'elle prédispose moins par là à la redoutable cellulite pelvienne.

CHAPITRE V

Technique opératoire

Le premier temps opératoire, abdominal, s'exécute, le malade étant en position de Trendelenburg fortement accusée, comme dans toutes les interventions sur le pelvis.

Dans le deuxième temps, au contraire, la paroi abdominale refermée, le malade sera mis dans la position de la taille, le siège très relevé, les cuisses fléchies.

1° Temps. Abdominal.

1° Le malade est en position renversée, on pratique une **incision médiane sous-ombilicale**, occupant tout l'espace ombilico-pubien. Cette incision médiane est préférable à toutes les autres parce qu'on va agir surtout dans le bassin, et un bassin profond, et qu'elle donne le plus grand jour.

Refoulement du grêle comme pour une hystérectomie. On peut alors se rendre compte de la situation exacte du néoplasme, de l'état du méso, des dispositions anatomiques particulières, enfin des adhérences possibles de la tumeur.

Il est bien entendu que le malade, préparé la veille au point de vue intestinal, aura été sondé afin d'assurer une vacuité complète de la vessie : sa moindre distension serait une gêne opératoire considérable.

2° Incision du péritoine. — Après avoir bien repéré la tumeur et ses connexions, on incise à la pointe du bistouri le péritoine de la façon suivante : En avant du cul-de-sac de Douglas, sur le péritoine vésical, au niveau du pli transverse ou juste en arrière des vésicules séminales suivant les cas (c'est la forme de la tumeur, ses adhérences qui rapprochent ou éloignent du rectum le tracé de l'incision) on trace une incision courbe, à concavité postérieure, qui embrasse par conséquent la face antérieure du rectum. Elle va, se rabattant sur les côtés, rejoindre le mésocôlon franchement au-dessus de la tumeur, et, de chaque côté du méso, elle remonte parallèlement à celui-ci sur une plus ou moins grande hauteur. Cette hauteur correspondra à l'étendue de l'abaissement que l'on voudra faire ensuite.

Pendant tout son tracé, l'incision n'intéresse que le péritoine lui-même, respectant et laissant intacte la lame celluleuse comprise entre ses deux feuillets et dans laquelle cheminent les vaisseaux. Tout à l'heure, dans ce méso dépéritonisé, il sera facile de chercher, généralement de voir les arcades artérielles et leurs branches intestinales ;

Ainsi faite, cette incision a une forme de raquette, raquette à double queue postéro-supérieure, et dont la palette est en bas et en avant, remontant un peu sur la vessie (*fig. 7*).

3° Décollement péritonéal et isolement des uretères.

Les uretères sont proches des parois latérales du rectum. Il est classique de dire qu'à l'état de distension moyenne ils

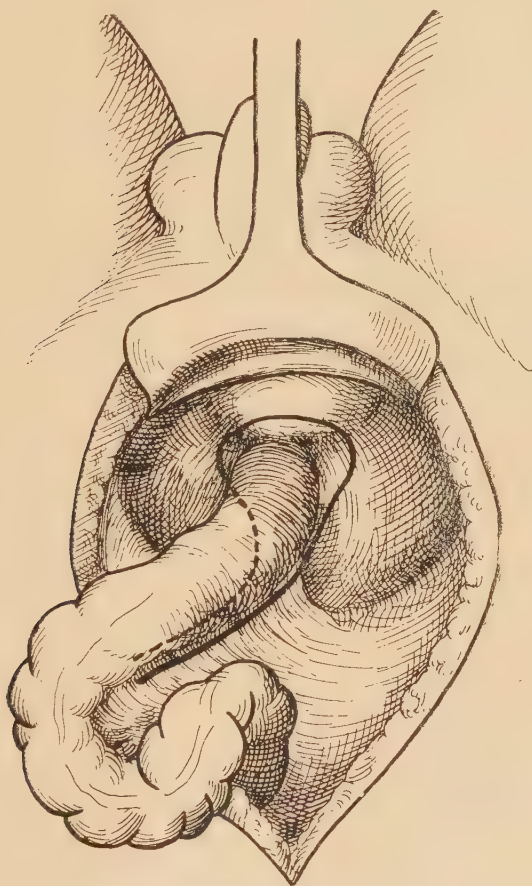


Fig. 7. — Tracé de l'incision péritonéale.

viennent au contact. D'autre part, si à la partie supérieure de leur trajet pelvien, ils sont relativement loin et ne risquent pas d'être blessés, il n'en est pas de même lorsqu'ils se cou-

dent pour tendre à l'horizontale, puis s'engager, reposant alors sur la lame sagittale, dans la loge génitale. Or, la libération de l'intestin, si elle se fait dans sa gaine latéralement, dépasse les limites de celle-ci en avant et, si l'on n'a pas pris

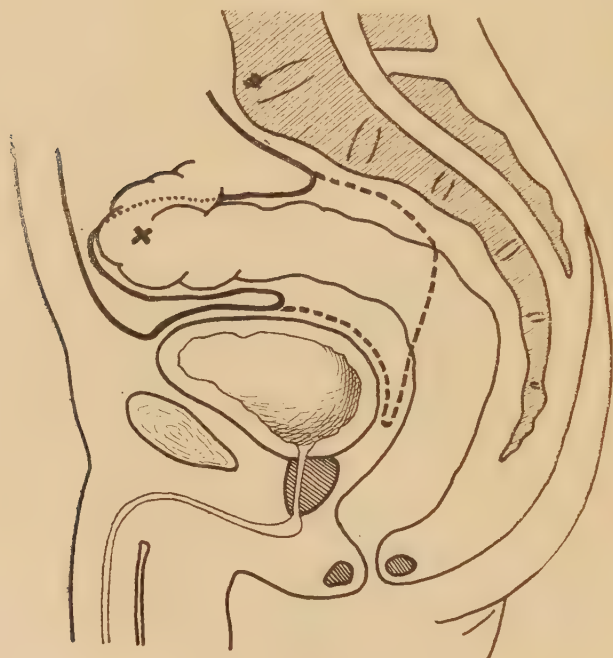


Fig. 8. — Après section du péritoine, les lambeaux péritonéaux rebroussés. En +, point où portera la section de l'intestin.

soin de repérer exactement les uretères, ceux-ci, le gauche surtout toujours plus près du rectum que le droit, pourraient risquer une blessure. Aussi ce temps de recherche et d'isolement des uretères nous paraît-il indispensable d'autant plus que, une fois isolés et protégés, l'opération se fera plus rapide, toute crainte étant supprimée.

Il faut pour cela saisir avec des pinces les lèvres externes de l'incision péritonéale et les décollant, les relever en avant et sur les côtés. Dans le tissu cellulaire ainsi découvert on va à la recherche des uretères : ils sont généralement faciles à trouver. Cependant l'étroitesse et la profondeur du bassin pourraient faire que, habitué à cette recherche dans des bassins féminins lors d'un Wertheim, l'on n'aille pas directement sur les uretères. On s'égare parfois trop en dehors ou trop en arrière. C'est immédiatement sous le péritoine, et tout près du rectum qu'il les faut chercher. Il ne nous est pas possible de donner un repère précis : nous n'en avons point trouvé qui fut capable de retenir l'attention. C'est surtout affaire d'habitude et de connaissances anatomiques.

Une fois découverts, les deux uretères sont successivement isolés sur deux ou trois centimètres : on les voit jusqu'à leur entrée dans la loge génito-vésicale. Alors, un fil passé sous chacun d'eux, comme dans l'hystérectomie pour cancer du col les récline temporairement sur les côtés.

Quant à la ligature de l'hypogastrique, qui pourrait être faite à ce moment, nous ne la croyons pas utile. Elle risque, par l'ischémie consécutive, de diminuer la résistance des tissus du pelvis. Et du reste, elle a été d'une façon générale abandonnée par les chirurgiens qui la pratiquaient systématiquement auparavant. Elle est toujours une perte de temps et augmente la durée et le shock d'une opération déjà longue ; elle est parfois très difficile à faire, soit à cause du mésocôlon pelvien, soit à cause de l'état anatomique de l'anse intestinale et à cause de son voisinage.

4° Libération de l'intestin. Section des vaisseaux. —

Revenant à l'intestin, on va libérer d'abord sa face antérieure. Les bords de l'incision péritonéale repérés et tendus par des pinces, avec le doigt ou un tampon d'abord, la pointe des ciseaux courbes ensuite, on pratique la libération antérieure du rectum. Là, il faut éviter la blessure de l'intestin : en fait passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers, pour éviter le cap rectal. On descend le plus bas possible en avant, jusqu'au plancher des releveurs.

Puis, on attire l'intestin en avant, au-dessus du néoplasme, dans sa partie mobile ; la lame cellulo-adipeuse contenant les vaisseaux, et comprise entre les deux feuillets du méso-péritonéal, se tend et se décolle de ses attaches postérieures : c'est l'amorce du décollement postérieur. C'est maintenant que l'on va pratiquer la ligature et la section des vaisseaux et du méso.

Nous l'avons dit en commençant, on a attaché et à juste titre, une importance capitale à la ligature des vaisseaux. Mais il semble qu'on l'a beaucoup exagérée. On a voulu, autour d'un point particulier de ligature, faire pivoter des techniques opératoires, vouer au sphacèle et à la mort les opérés chez qui la ligature vasculaire n'avait pas été faite suivant la dernière technique. Non. Sans vouloir nier l'importance des travaux de SUDECK, de HARTMANN et de DIÉTRICH, d'ARCHIBALD, de CUNÉO, de CHALIER et MURARD, de MONDOR, de GRÉGOIRE, de FORGUE, etc... qui ont permis de connaître à fond le régime circulatoire du méso-pelvien, et par conséquent la meilleure façon théorique d'exécuter les ligatures, il faut seulement retenir de leurs travaux que la variabilité est extrême du type de distribution de la mésentérique inférieure, que souvent ses

branches s'anastomosent à plusieurs mailles d'où partent des vaisseaux droits longs, jamais anastomosés bien entendu. Le fait essentiel pour assurer et conserver la vitalité de l'intestin — KUMMEL l'avait déjà écrit — n'est pas de lier la mésentérique en un point précis (variable du reste, avec chacun des auteurs) au-dessus ou en dessous d'un « point critique » mais de conserver les arcades anastomotiques principales, ou, si l'on veut, de conserver à l'intestin assez de méso, et surtout un méso dans lequel, avant de le couper, on a vu des vaisseaux anastomosés se distribuer jusqu'au point de la future section intestinale.

Pratiquement, ce qu'il faut, c'est bien étaler le méso et voir les vaisseaux qui y courent ; si on les voit mal, disséquer la hauteur du méso au niveau du point où portera la section de l'intestin. Puis, ayant repéré les artères et choisi le lieu de la section, faire celle-ci *perpendiculaire* autant que possible à l'axe de l'intestin, radiairement par conséquent. Ainsi est assurée la vascularisation. S'il est capital de bien voir ses arcades et ses vaisseaux avant de sectionner, il l'est autant de couper le méso perpendiculairement pour que l'intestin garde jusqu'au bout ses artères.

Donc, on attire fortement en avant l'intestin, ce qui tend la lame cellulo-vasculaire. Les vaisseaux vus, après avoir choisi le lieu où portera la section, une pince, introduite à travers le méso, passe autour du côlon un gros fil de soie ou de catgut, fil repère, marquant le point jusqu'où devra être attiré hors du sphincter l'intestin abaissé et où il sera sectionné. Alors les vaisseaux sont liés et sectionnés.

Maintenant, reste à faire le décollement postérieur. Peu à peu, à la main ou au tampon monté sur une pince, on libère la face postérieure du rectum, facilement, dans la concavité

sacrée, très bas, jusqu'aux releveurs. Au cours de cette libération on emporte tout le tissu cellulaire rétro-rectal et les ganglions généralement visibles. Ce décollement postérieur se prolonge sur les côtés pour libérer les faces latérales du rectum, toujours à la main ou au tampon. Souvent un peu plus lent et plus difficile que le décollement sacré, ce temps mène toujours à la vue et à la section du pédicule dit hémorroïdal moyen, aileron du rectum, que l'on voit se tendre et retenir vigoureusement l'intestin. Il est alors de part et d'autre sectionné aux ciseaux. Nous rappelons en passant qu'il ne s'agit pas là de l'hémorroïdale moyenne, mais d'un petit pinceau vasculo-nerveux. Aussi bien, voit-on souvent ce pédicule sectionné saigner peu si la pince qui en assurait l'hémostase a lâché.

Le rectum est isolé, on a emporté avec lui tout ce qu'il était possible d'emporter comme tissu cellulaire et ganglions. L'intestin est libre, flottant, il ne tient plus que par sa continuité.

5° Refoulement dans le pelvis du segment intestinal libéré. — Après vérification soigneuse de l'hémostase, tant des vaisseaux rectaux que des vaisseaux pelviens — car il peut arriver qu'au cours de la libération rectale des veines, affluents de l'hypogastrique, parfois volumineuses, soient traumatisées — il faut tasser la masse recto-sigmoïdienne dans le pelvis. M. VILLARD dit n'avoir jamais éprouvé la moindre difficulté au cours de cette manœuvre. Il est bien évident que tout ne tiendra pas dans la gaine pelvienne que l'on vient de libérer ; mais ceci n'a pas d'importance. Il suffit que l'on puisse — et l'on peut toujours — tasser dans l'excavation pelvienne le segment à abaisser.

Une fois qu'il y est logé, les feuillets péritonéaux décollés et mobilisés qui constituent les lèvres externes de l'incision primitive le recouvriront facilement. Il n'est donc pas

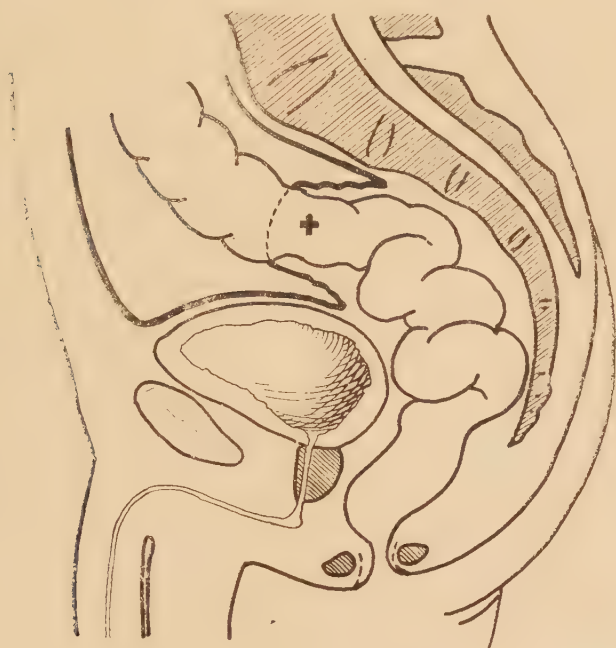


Fig. 9. — Après libération abdominale, l'intestin est refoulé dans le pelvis. Péritonisation « en parapluie ».

besoin d'avoir recours à des incisions complémentaires pour permettre ce refoulement.

6° Péritonisation. — Sitôt le refoulement effectué, les fils rétracteurs et protecteurs des uretères sont enlevés et les uretères remis en place. On se met en demeure de pratiquer la péritonisation.

Elle doit être faite exacte et avec le plus grand soin.

D'elle dépend en grande partie le pronostic opératoire. Le feuillet péritonéal semi-circulaire, constituant la lèvre externe de l'incision primitive en raquette, va être rabattu sur le côlon sigmoïdien et fixé à quelques centimètres au-dessus du repère placé tout à l'heure au futur point de section. Une suture minutieuse, en surjet serré, absolument étanche, réunit le péritoine à l'intestin suivant une ligne oblique, afin de compenser par cette disposition la différence qui existe entre l'étendue du bord libre péritonéal et la simple circonférence du côlon. L'exactitude de la suture se réclame naturellement des mêmes nécessités que partout ailleurs. Il faut cependant penser que le péritoine, qui va être abaissé très bas ensuite, va baigner en quelque sorte dans la zone décollée périnéale, celle où se fera l'infection pour peu qu'il y en ait, et qu'une péritonite septique serait la fatale et rapide rançon d'une péritonisation hâtive et peu étanche.

Lorsque cette suture est terminée, grâce à l'amoncellement au-dessous, dans l'excavation, de toute la masse à abaisser, le péritoine pelvien se présente sous forme d'un cône dont le sommet en haut est sur l'anse sigmoïde ; le péritoine est « en parapluie ». Ainsi toute la région opératoire est exclue de la cavité péritonéale sans que l'intestin ait été ouvert.

7° **Fermeture de l'abdomen.** — Le temps abdominal est terminé. On n'y reviendra pas. Il faut fermer définitivement l'abdomen. Cette reconstitution de la paroi n'est pas un temps négligeable, car les cancéreux, plus que tous les autres malades, font facilement des éventrations. Donc il ne faut pas craindre, sauf indication tirée de l'âge ou de

l'état du malade, de prolonger de 4 ou 5 minutes l'opération. Cette fermeture sera donc faite soit à trois plans, soit aux fils de bronze avec fils intermédiaires : ceci selon les habitudes du chirurgien.

2° Temps. Périnéal.

L'opération est presque terminée. Ce second temps, rapide, constitue la partie essentielle et originale du procédé.

1° Incision. Dilatation du sphincter. — Pendant que l'opérateur et ses aides changent de gants, le pansement abdominal fait, le malade est placé dans la position de la taille, les cuisses fortement fléchies, maintenues par une béquille de Doyen. Le siège dépasse le bord du lit et est fortement relevé en haut par bascule persistante de la table. Asepsie de la région.

On pratique d'abord une incision *uniquement cutanée*. Elle circonscrit l'anus au niveau de la jonction de la muqueuse à la peau. On fait au-dessus et au-dessous un petit débridement, cutané seulement lui aussi, de 5 à 6 centimètres de long, l'un vers les bourses, l'autre vers le coccyx. Puis, ceci fait, avec un fil de soie on ferme l'anus en bourse, comme pour une abdomino-périnéale ordinaire, mais en ayant naturellement soin de prendre très peu large, en dedans de l'incision circulaire.

Pendant que l'aide exerce une légère traction sur l'anus, la pointe du bistouri, travaillant *finement*, reconnaît bien vite, sous la peau sectionnée, les fibres pâles du sphincter externe qu'elle ne doit jamais entamer. La dissection du muscle est pratiquée soigneusement. Mis à nu sur tout le

pourtour de l'anus, la traction exercée par le fil de soie permet de l'isoler assez facilement des tuniques du rectum tout entières. Il ne faut pas se contenter d'isoler à peu près : c'est facile d'isoler complètement quoi qu'en veuille le schéma de MILES représenté plus haut.

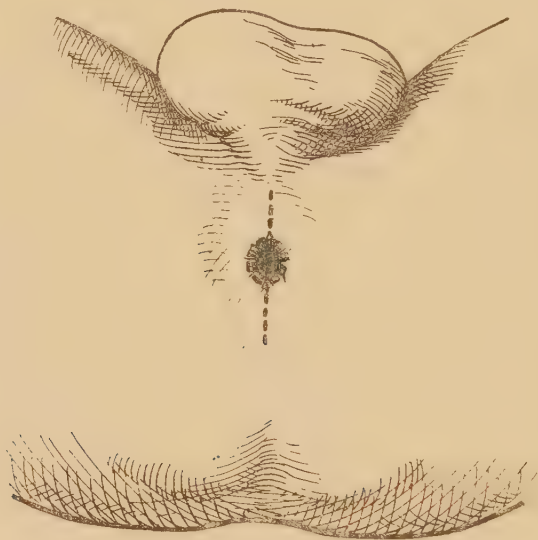


Fig. 10. — Tracé de l'incision périnéale.

Aussitôt donc que le sphincter est isolé, on le dilate en dehors du segment intestinal, d'abord en l'accrochant avec des écarteurs de Farabeuf, puis avec les doigts. La dilatation est poussée au maximum, c'est-à-dire presque jusqu'aux ischions ; une voie d'accès très large est ouverte, au travers de laquelle on verra des yeux tout ce que les doigts ou les instruments feront à leur aise.

2° Dissection du bas-rectum et abaissement de l'intestin. — Au travers du sphincter ainsi dilaté, l'isolement

du rectum est rapidement poursuivi de bas en haut par section progressive de ses attaches ; en avant d'abord, puis en arrière, enfin latéralement suivant une technique absolu-

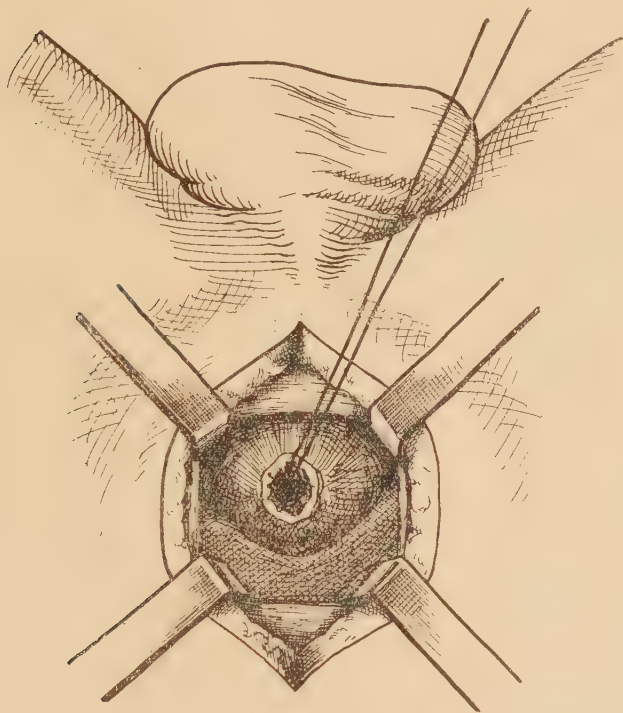


Fig. 11. — Libération du bas rectum à travers le sphincter dilaté après dissection.

ment analogue à la technique classique de l'ablation périméale. En avant, la dissection — se méfiant toujours de l'urètre dans lequel on a placé une sonde — passe le plus près possible du bulbe, emportant avec le rectum tout ce qu'on peut emporter du muscle recto-urétral (nous y avons vu passer des lymphatiques prostatorectaux), puis

vient rejoindre le décollement supérieur. Quant aux faces latérales, rappelons simplement que nous avons posé en principe dans un précédent chapitre qu'il fallait sectionner les releveurs à deux centimètres de leur insertion rectale. C'est suffisant, mais c'est nécessaire.

Tout, en somme, se passe comme dans une périnéale simple et aussi facilement. « Bien qu'à la réflexion cette dissection transanale puisse paraître laborieuse et obscure, en pratique elle est réalisée facilement et avec beaucoup plus de jour qu'on ne pourrait le supposer. On oublie même parfois au cours des manœuvres que celles-ci se font au travers du sphincter. »

Le rectum, libéré, descend peu à peu. Le plancher des releveurs sectionné, les dernières attaches rompues, on pénètre dans la zone libérée par le ventre ; l'intestin tombe alors de lui-même au dehors. Il n'y a plus qu'à l'attirer doucement jusqu'à ce qu'on aperçoive arriver le nœud repère de catgut ou de soie. Au fur et à mesure de cette descente, le péritoine pelvien, qui, tout à l'heure, en dôme, en parapluie, était relevé au-dessus de l'intestin tassé dans l'excavation, a suivi peu à peu l'abaissement, et maintenant plonge en entonnoir autour du nouveau rectum sur lequel il se fixe, juste à quelques centimètres du nouvel anus.

Ce temps périnéal a été à peu près exsangue. Les branches de l'hémorroïdale moyenne ont été liées et sectionnées par le temps abdominal. Quant aux rameaux inférieurs ils sont presque inexistants, l'hémorroïdale inférieure s'arrête surtout dans le sphincter.

Avant de passer au temps terminal de drainage et fixation à la peau, il est loisible de pratiquer ou non la suture ou tout au moins le rapprochement des releveurs au côlon

abaissé. Quelques chirurgiens considèrent cette pratique comme excellente. Pour LARDENNOIS, en particulier « un sphincter intact, un releveur reconstitué dans sa disposi-

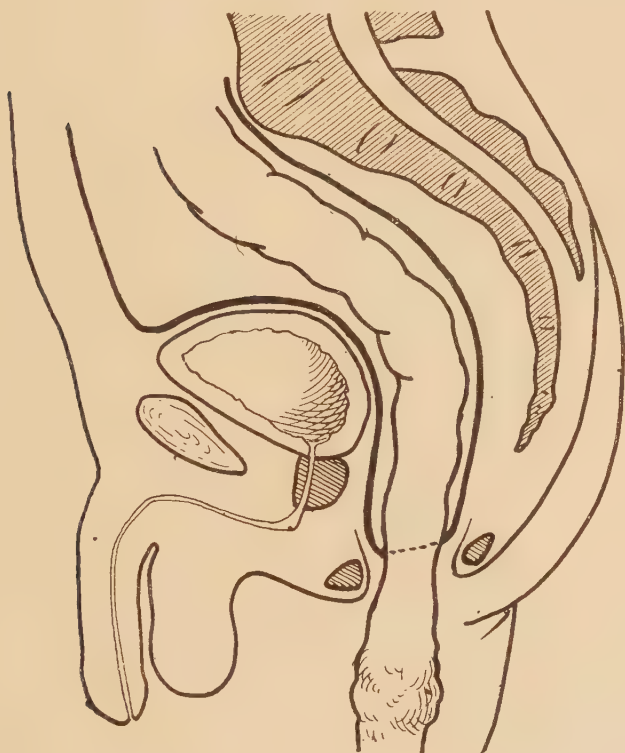


Fig. 12. — Abaissement à travers le sphincter dilaté.

tion et ses connexions intestinales, un espace pelvi-rectal souple sont les conditions d'un bon fonctionnement du nouveau rectum ». Nous ne croyons pas cette pratique indispensable. Nous croyons même qu'il est mieux de s'en abstenir. En effet, le drainage que l'on va pratiquer latéralement

dépasse largement les fosses ischio-rectales et, passant par la brèche des releveurs, va porter ses drains jusque dans le tissu cellulaire de l'espace sous-péritonéal, au-dessus des releveurs, où se sont faites les principales manœuvres de décollement et où risque surtout de se développer ensuite la cellulite pelvienne redoutable. D'autre part, la brèche

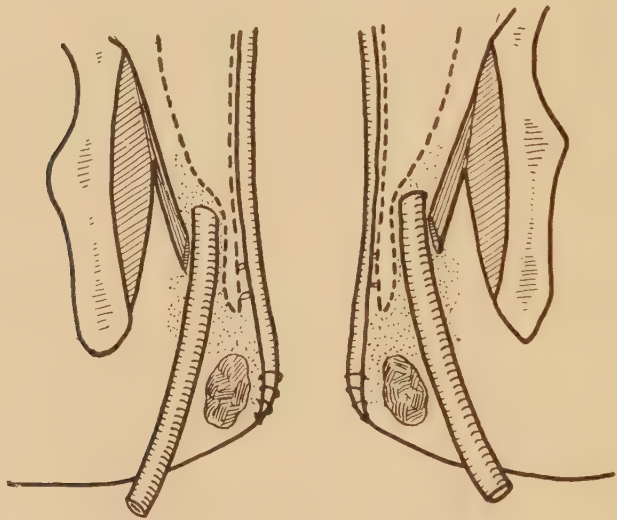


Fig. 13. — Schéma du drainage.

n'est pas très large et saura vite se combler pour faire une sorte de défilé tout autour du nouveau rectum, reconstituant ainsi par ce processus cicatriciel un plancher pelvien suffisamment solide.

3° Drainage des fosses ischio-rectales. Fixation à la peau. — L'intestin pend au dehors : il va y rester encore un moment sans être ouvert. Il faut, en effet, faire le drainage des creux ischio-rectaux, décollés au cours de la dis-

section. Ce drainage doit être fait en dehors de la ligne de suture, car, dans un instant, la lumière intestinale va être suturée complètement à la peau. D'autre part, il est préférable de le faire sur les côtés pour éviter la gêne dans le décubitus dorsal. Enfin il vaut mieux pratiquer le drainage, et aussi terminer les sutures cutanées avant l'ouverture de

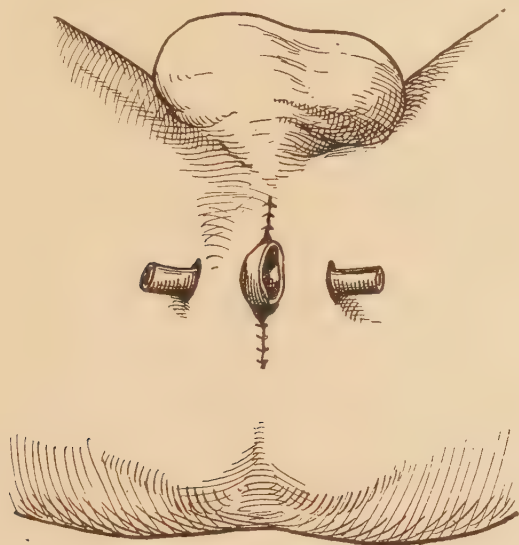


Fig. 14. — Drainage des fosses ischio-rectales et suture.

l'intestin, temps ultime, pour éviter toute contamination, toute infection du champ opératoire. Cela a une grande importance encore au point de vue de l'apparition et de l'évolution d'une cellulite pelvienne.

On pratique deux incisions en dehors du sphincter, à mi-chemin des ischions. Par là passent deux gros drains qui plongent dans les fosses ischio-rectales, de chaque côté

de l'intestin, au-dessous du péritoine. Ils sont fixés à la peau par un crin.

Alors on ferme les deux débridements cutanés antérieur et postérieur, ne laissant libre que l'orifice anal. C'est à ce moment seulement que le côlon est sectionné au niveau du repère et que la tumeur est enlevée en bloc. Une suture circulaire au catgut réunit la tranche de section intestinale avec l'incision cutané-muqueuse. Un gros drain entouré de gaze vaselinée — un sifflet — est placé dans l'anus pour faire un peu de compression.

Telle est la technique de l'extirpation — nous aimerions mieux dire amputation — abdomino-transanale chez l'homme.

Il est possible que, parfois, on la pratique comme un deuxième temps opératoire, après avoir fait un anus préalable. Mais la présence de celui-ci ne modifie en rien la technique habituelle. Cet anus, en effet, dont nous discuterons plus loin les indications, M. VILLARD a l'habitude de le faire sur le côlon transverse, sur la ligne médiane sus-ombilicale. Il n'est donc nullement gênant pour la laparotomie de l'extirpation. Il nous semble préférable de le placer sur le transverse. En effet, iliaque gauche, colique, l'anus qui ne saurait être que très temporaire, de quelques jours, en attendant l'opération radicale, ne convient pas très bien puisque l'on va pratiquer l'abaissement de ce côlon sigmoïdien. C'est à l'anus cæcal que l'on a habituellement recours dans ces cas où le côlon gauche est pour ainsi dire propriété réservée. Sur l'anus cæcal le transverse a de gros avantages. Par sa situation moins gênante pour l'opération secondaire, par le fait qu'il expose moins aux prolapsus,

par le fait surtout que, pratiqué sur la partie mobile du transverse, il n'offre aucun des inconvénients de macération, d'ulcération, de digestion de la peau au voisinage de l'anus, car il est fait sur une partie du gros intestin où les phénomènes proprement digestifs ont cessé et qui n'est plus qu'un canal d'excrétion.

Sur ce lieu d'élection, l'anus pratiqué est un simple anus latéral, dont la création, sauf le fait d'être sur la ligne médiane, n'offre absolument aucune particularité de technique.

CHAPITRE VI

Observations

La statistique des malades opérés par M. VILLARD, depuis 1910, par la voie abdomino-transanale, est de 10. Parmi ceux-ci, 6 hommes et 4 femmes. Bien que nous nous soyons seulement attachés à la description du procédé chez l'homme, nous croyons bon de citer cependant toutes nos observations. Elles permettent mieux ainsi de donner une vue d'ensemble sur les résultats opératoires et surtout fonctionnels, en même temps que sur les récidives. Nous nous sommes abstenus de décrire l'opération chez la femme simplement, nous l'avons dit, à cause de sa facilité plus grande et surtout parce que le temps périnéal, le plus intéressant et le plus original de la méthode, est le même dans les deux cas.

OBSERVATION I

A... K..., 59 ans.

Entré, le 30 janvier 1910, parce que, depuis une vingtaine de jours, il souffre de coliques. Rien à noter dans ses antécédents.

Cependant, entérite dans l'enfance. Une blennorragie à 25 ans. Nie la spécificité, mais accuse un certain degré d'éthylisme. Il a eu une bonne santé jusqu'au début de l'affection actuelle. Depuis un an, le malade a remarqué, à plusieurs reprises, la présence de sang dans ses selles. Elles étaient noires, civet de lièvre. De plus, elles sont fréquentes et s'accompagnent souvent de faux-besoins.

Cependant le malade ne souffrait pas, avait conservé l'appétit. Il dit n'avoir pas maigri.

Depuis trois semaines environ, il souffre de coliques, caractérisées par des douleurs lancinantes, mal localisées dans l'intestin ; les selles deviennent liquides en même temps que plus fréquentes. C'est l'apparition de ces nouveaux symptômes qui l'amène à l'hôpital.

A l'examen : Aspect de bonne santé. Malade vigoureux, très coloré. L'examen de l'abdomen est rendu difficile par une défense musculaire généralisée, due aux douleurs de coliques. Cependant, on peut sentir, dans la fosse iliaque gauche, une masse allongée, boudinée, assez volumineuse, douloureuse à la palpation. Il n'existe pas de ganglions inguinaux, ni de ganglions sus-claviculaires.

Le toucher rectal ne ramène pas de sang, mais permet de sentir, au niveau du cul-de-sac de Douglas, une masse dure et douloureuse.

Les douleurs s'exagèrent, surtout la nuit. La température est montée à 38°.

Le 12 février 1910. *Intervention.* Laparotomie médiane sous-ombilicale. On commence par libérer le néoplasme de ses adhérences. Puis on sectionne l'intestin à la limite supérieure du cancer. On libère le bout inférieur et on enlève le néoplasme en sectionnant le rectum à deux centimètres au-dessus de l'anus. Puis on invagine à travers l'orifice fait au plancher pelvien le bout supérieur dans le bout inférieur suivant le procédé de Hochenegg. On péritonise soigneusement en réparant les dégâts faits au diaphragme pelvien. Le bout supérieur est attiré jusqu'à l'anus ; on le fixe par plusieurs points et l'on met de chaque côté un drain.

Le 14 février 1910 : le malade meurt avec des phénomènes de péritonite.

OBSERVATION II

V... Jean-Marie, 55 ans.

Entré, le 21 avril 1913, pour des troubles de la défécation. Point de maladies antérieures, bonne santé habituelle. Il y a un an, le malade, qui allait régulièrement à la selle une fois par jour, remarque que ses selles deviennent plus fréquentes, 3 ou 4 par jour, qu'il éprouve, au moment de la défécation, une légère douleur, une cuisson. Quelques jours plus tard, il constate la présence de quelques filets de sang.

Le malade reste ainsi plusieurs mois, sans trop s'inquiéter. Mais, au commencement de cette année, il a une forte hémorragie, survenue en dehors de la défécation. Depuis cette hémorragie, qui ne s'est pas répétée, il a des envies plus fréquentes d'aller à la selle ; il est obligé de faire des efforts. Et cependant les besoins sont parfois si pressants qu'il n'a pas le temps de résister. Enfin, depuis quelques semaines, c'est même un suintement continu par l'anus.

Actuellement, les matières sont amincies, déformées, et le malade a fait la remarque que les lavements qu'il essaie de prendre ne passent pas. L'état général est resté bon. A peine un peu d'amaigrissement et de perte des forces. L'appétit est conservé. Les digestions se font bien. Quelques coliques dans le bas-ventre.

A l'examen : abdomen souple. Rien à la palpation. *Au toucher rectal*, on perçoit à 3 centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur annulaire, bourgeonnante, présentant un premier rétrécissement franchissable aisément par le doigt. Au-dessus, portion plus large que surmonte un second rétrécissement très serré, siégeant à 10 centimètres environ de l'anus. L'ensemble de la tumeur paraît assez mobile.

Le 3 mai 1913. *Intervention* : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision du péritoine de chaque côté du rectum. Le décolle-

ment est assez difficile à cause des adhérences avec le bas-fond vésical.

Dans un deuxième temps, après dilatation de l'anus, incision circulaire au-dessus du sphincter. On tente d'abaisser la tumeur, ce qui est laborieux à cause d'adhérences en arrière. Finalement, on l'attire au dehors et on sectionne au-dessus d'elle, assez haut, en tissu sain. On suture le bout supérieur à la peau. On place un drain dans chaque fosse ischio-rectale, et un sifflet dans l'anus. L'examen de la pièce montre au-dessus de la tumeur principale qui tient toute la surface du rectum, et qui est ulcérée, une autre tumeur plus petite en chou-fleur.

Le 5 mai : Depuis hier soir, vomissements à plusieurs reprises, verdâtres. En même temps hoquet. La température axillaire est à 37° 2, le pouls à 100, bien frappé. Le ventre est ballonné, avec une légère insensibilité dans l'hypochondre gauche. Le malade a émis quelques gaz. On enlève le sifflet et on tente d'introduire une sonde rectale assez haut, mais cette manœuvre fait saigner le malade. On se contente de le laver soigneusement et de faire un pansement. Huile camphrée.

Le 6 mai : Nouveaux vomissements verdâtres pendant la nuit. Température 37° 2. Pouls 114. Sérum.

Le 8 mai : Le malade meurt à 8 heures. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

T... Antoinette, 66 ans.

La malade entre le 19 février 1913. Elle est envoyée par le docteur Maffre, de Tarare, pour rectorragie et diarrhée. Le début de l'affection semble remonter à environ 6 mois. En 1912, la malade remarque de la diarrhée à laquelle elle attache d'abord peu d'importance. Mais bientôt surviennent des rectorragies qui l'inquiètent.

C'est pour ces écoulements sanglants et la persistance de sa diarrhée qu'elle vient à l'hôpital.

Elle n'a jamais souffert beaucoup, simplement un peu de pesanteur dans la région périnéale. Point de douleurs irradiées, point de douleurs dans les membres inférieurs. Les troubles généraux s'accroissent depuis quelque temps. L'amaigrissement est notable quoique non contrôlé comme poids. La perte des forces est sensible et progressive.

Au toucher rectal on sent une tumeur à 7 centimètres environ de l'anus. C'est une masse bourgeonnante faisant le tour du rectum et retrécissant régulièrement son calibre. Elle est dure, la muqueuse indurée est fixée sur tout le pourtour de la tumeur.

Le 27 février 1913 : *Intervention*. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un gros néoplasme de l'ampoule rectale. Hystérectomie subtotal. On incise ensuite le péritoine au niveau du rectum, on décolle rectum et anse sigmoïde. Après avoir abaissé en masse tout le paquet du rectum et du côlon pelvien on referme le péritoine au-dessus et on refait la paroi abdominale.

Dans un deuxième temps, après dilatation, on incise circulairement au-dessus du sphincter. Après dissection de la portion périnéale du rectum, on tire sur le bout rectal et on amène la tumeur au dehors on sectionne en tissu sain, au-dessus de la tumeur, largement. Puis on suture à la peau le segment abaissé. Enfin deux drains dans les fosses ischio-rectales et dans l'anus un sifflet.

Le 24 avril la malade sort de l'hôpital.

La malade est morte 10 ans après, en octobre 1923, sans aucun signe de récurrence de « mort subite ».

OBSERVATION IV

M^{me} V..., 63 ans.

Vient, en octobre 1915, à l'occasion de la persistance d'un anus contre nature, pratiqué en 1914, quelques mois avant la guerre, à Reims, pour des accidents d'obstruction intestinale aiguë.

A l'examen, malgré l'existence de l'anus iliaque droit, paraissant fait sur le cæcum, il persiste un gros météorisme abdominal, animé de contractions péristaltiques intéressant tout le côlon. Le *toucher rectal* ne permet pas d'atteindre une tumeur; on ne perçoit non plus rien par le toucher vaginal. L'état général restant bon et la malade réclamant que l'on fasse tout ce qu'il est possible pour la débarrasser de son anus, une laparotomie exploratrice est décidée.

Le 20 Octobre 1915. *Intervention*: Laparotomie médiane sous-ombilicale. On reconnaît l'existence d'un petit néoplasme en virole, situé à la partie inférieure du sigmoïde, au ras du reflet du Douglas. Cette virole est surmontée par une anse sigmoïde énorme, de la grosseur du bras. La distension se poursuit sur tout le cadre colique. Ce fait paradoxal avec l'existence d'un anus iliaque droit est expliqué par le fait que l'ouverture intestinale porte en réalité sur la terminaison de l'iléon et non sur le cæcum. La continence de la valvule de Bauhin avait permis l'établissement d'un mégacôlon. Le néoplasme paraissant opérable, on décide de réaliser dans un premier temps opératoire l'évacuation du côlon; et, après fermeture de l'incision médiane, on pratique une cæcostomie.

24 novembre 1915. *Extirpation abdomino-transanale du rectum et de l'anse sigmoïde*. Après ouverture de l'abdomen on constate que le côlon s'est complètement vidé. L'anse sigmoïde est toujours très grosse.

La libération de l'intestin par en haut est gênée un peu par cette distension. Néanmoins l'extirpation peut être faite suivant la technique décrite.

Durée de l'opération : 1 heure 45.

L'étendue de la pièce dépasse 40 centimètres.

Suites opératoires très simples. Malgré son âge la malade a supporté l'intervention sans aucun incident.

10 février 1916: Fermeture du double anus iliaque droit; rendue assez délicate par les adhérences et la friabilité de l'intestin. On doit pratiquer d'abord la résection du grêle, avec suture bout à bout, et ensuite fermeture isolée de la cæcostomie. Cette seconde

intervention, qui a duré 1 heure 30, est également admirablement supportée.

La malade quitte la clinique après trois semaines.

A partir de ce moment l'état de santé devient excellent. La malade reprend toute son activité et se déclare enchantée du résultat. Elle est continente, et ce n'est qu'à l'occasion de purgation ou de périodes diarrhéiques exceptionnelles qu'elle se souille. Habituellement constipée, elle n'est nullement incommodée par ses fonctions intestinales et ne porte aucun appareil ni aucun linge protecteur.

Elle succombe en 1918 à une congestion pulmonaire grippale, sans avoir présenté, à aucun moment, de signes de récidence.

OBSERVATION V

S... Clotilde, 63 ans.

La malade entre à l'hôpital, le 14 octobre 1918, pour constipation et douleurs rectales.

Depuis 4 ou 5 ans elle est très constipée et n'allait à la selle que par purgations. Pas de douleurs, sauf quelques douleurs lombaires fugaces.

En 1918, elle maigrit de plusieurs kilogs. En avril, elle eut une légère hémorragie de sang pur au moment d'une selle. Depuis juillet, les troubles intestinaux augmentent. La malade allait à la selle une quinzaine de fois par jour. Ces selles s'accompagnaient de douleurs rectales irradiées dans le périnée et le bas-ventre. Les efforts de défécation n'expulsent souvent que quelques glaires sanglantes ou des fausses membranes blanchâtres. Les matières sont déformées, ovillées. Apparition d'hémorroïdes externes.

A l'examen: Malade assez amaigrie, au teint jaunâtre, présentant un météorisme assez accusé. *Au toucher rectal* on sent une tumeur végétante, grosse comme une noix, dure, sur la paroi antéro-latérale droite. C'est une tumeur haute, dont le doigt atteint difficilement le pôle inférieur.

Le 24 octobre 1918. *Intervention*: Extirpation abdomino-transanale du rectum après hystérectomie subtotale préalable. L'extirpation transanale est faite suivant la technique habituelle. Au cours de l'intervention la tumeur s'est légèrement fissurée et il s'est écoulé un peu de matières dans l'abdomen. On a été, du reste, au cours de l'intervention, gêné par une distension vésicale marquée. Comme il existe une petite perforation de la paroi vaginale on laisse une mèche dans le vagin.

Le 1^{er} novembre. Les suites sont normales. Les fonctions intestinales s'effectuent normalement, sans être cependant nettement perçues par la malade. Il y a eu un peu de sphacèle du bout abaissé.

Le 5 décembre: les fonctions sont maintenant perçues.

Le 20 décembre: on constate un peu de rétrécissement au niveau de l'anus. La malade a une semi-incontinence pour les selles liquides. Les selles en général sont normales et sont évacuées sous l'influence de la volonté.

OBSERVATION VI

M^{me} A..., 48 ans.

Vient pour des accidents d'obstruction intestinale subaiguë. Le ventre est météorisé avec contractions péristaltiques très nettes. Par le *toucher rectal* on découvre à la partie supérieure de l'ampoule l'extrémité inférieure du néoplasme. Il s'agit d'un cancer circulaire du rectum dont la limite supérieure ne peut être dépassée. En l'absence d'obstruction intestinale complète, on se décide à pratiquer l'ablation de la tumeur, sans dérivation préalable des matières, en utilisant la voie abdomino-transanale, car il est évident qu'une simple manœuvre périnéale ne permettrait pas de dépasser suffisamment les limites supérieures du néoplasme.

Le 10 décembre 1917. *Amputation abdomino-transanale* avec hystérectomie préalable pour constituer un lambeau péritonéal antérieur suffisant.

L'intervention est laborieuse en raison du volume de la tumeur, qui est étendue au cul-de-sac de Douglas et s'étale dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

On note dans les suites opératoires une réaction fébrile d'une douzaine de jours, coïncidant avec une suppuration assez abondante s'écoulant par les drains. Néanmoins la malade quitte la clinique 40 jours après l'intervention.

Les fonctions intestinales qui se sont rétablies régulièrement, peu de jours après l'intervention, se font, dans les mois qui suivent, dans des conditions satisfaisantes. Les contractions du sphincter, visibles, assurent une continence suffisante, bien que partielle, la malade étant quelquefois salie, surprise par des besoins d'évacuation rapide. Elle se déclare cependant très satisfaite du résultat.

Au début de juin 1918, apparition de douleurs sacrées et péri-néales. L'évacuation anale se fait moins bien et de nouveau apparaissent des signes de subocclusion intestinale.

Revue le 20 juin; on constate par le toucher rectal une récive qui enserre l'intestin dans le pelvis. Celui-ci paraît bloqué par l'infiltration néoplasique. L'état général de la malade a beaucoup fléchi. Il n'y a évidemment rien à tenter. Un anus artificiel proposé est rejeté.

On essaie, à titre palliatif, une dilatation forcée qui pare en effet, pour un certain temps, aux accidents d'obstruction.

La malade succombe, en août 1918, à une cachexie progressive.

OBSERVATION VII

L..., 54 ans.

Envoyé de Romans par le docteur Morel, pour néoplasme du haut rectum. Au *toucher rectal* on perçoit, à bout de doigt, une tumeur paraissant assez solidement fixée en avant. Accidents de subobstruction intestinale. Une intervention par voie combinée paraît seule réalisable car la libération de la tumeur dans sa partie supérieure paraît certainement impossible.

Le 12 septembre 1919. *Ablation abdomino-transanale*. La libération du côté du ventre est faite dans des conditions très satisfaisantes. Elle semble avoir été poussée très bas en avant, du côté de la loge prostatique. En réalité elle a été insuffisante. En effet, au moment du temps transanal, on se heurte à d'assez grosses difficultés pour retrouver la brèche abdominale et les manœuvres de libération sont étendues sur les parties latérales plus loin que d'habitude. Elles s'accompagnent d'une hémorragie assez abondante. Ce temps a été laborieux. Néanmoins l'intervention se termina dans des conditions satisfaisantes. La tumeur est largement dépas-sée.

Suites opératoires fébriles. La réaction du côté du tissu cellulaire pelvien est marquée et s'accompagne d'une température atteignant 39° pendant 3 ou 4 jours. Quelques points de suture unissant l'intestin à la peau cèdent. Cette désunion partielle complète le drainage par les drains et des lavages faits par ceux-ci ressortent en partie par le pourtour de l'anus.

Au dixième jour la température est redescendue à la normale et tout fait espérer une guérison prochaine.

Le 24 septembre, dans l'après-midi, le malade accuse une sensation de douleur, suivie très rapidement d'une abondante hémorragie par les drains. Le personnel de la clinique, après avoir fait de la compression, s'efforce, pendant une demi-heure, d'obtenir une communication téléphonique qui ne peut être obtenue en raison de l'inertie des employés des P. T. T.

Au bout de 35 minutes, M. Villard est prévenu et arrive quelques minutes après auprès du malade. Celui-ci est exsangue mais encore vivant. Les sutures de l'anus sont lâchées et par la brèche ano-périnéale ainsi faite on peut, après ablation des caillots, voir saigner une branche de l'hémorroïdale droite. Mise en place d'une pince à demeure. Tamponnement.

L'hémorragie est arrêtée, mais le malade, trop anémié, succombe une heure après.

OBSERVATION VIII

R...P..., 63 ans.

Le malade entre à l'hôpital pour des troubles diarrhéiques s'accompagnant de ténésme rectal.

Bonne santé jusqu'en avril 1915. Cependant, parfois légères émissions sanguines en allant à la selle. Le malade croit à des hémorroïdes. Ses selles étaient régulières, 2 par jour en moyenne. Il avait bon appétit, digérait normalement.

En août 1919, il remarque que ses selles sont plus fréquentes, avec un peu de ténésme, et ne donnent souvent que des mucosités avec un peu de matières. Presque chaque fois elles sont teintées de sang. Point de douleurs ni de sensation de pesanteur. Comme autrefois, le malade attribue ce sang à des hémorroïdes, il soigne sa constipation par des laxatifs pris chaque jour. Son état reste stationnaire, mais ses selles sont de plus en plus fréquentes.

Croyant cette fois à de l'entérite il va consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

A l'examen. Etat général resté bon. Cependant il dit avoir maigri beaucoup. Pesant, il y a dix ans, 98 kilogs il n'en accuse plus que 71. Cependant il n'a jamais souffert. Il n'a jamais eu de dysurie.

Au *toucher rectal* on sent à la portion ampullaire du rectum une ulcération indurée avec masses végétantes à la face antérieure de l'intestin, adhérente à la prostate. La face postérieure est libre.

Le 30 octobre 1920. *Intervention.* Amputation abdomino-transanale après laparotomie médiane sous-ombilicale. On décolle la terminaison du côlon pelvien et le haut rectum de la face postérieure de la vessie, après vérification du trajet des uretères. L'intestin est complètement libéré sur toutes ses faces et abaissé avec un repère en haut de la zone décollée. On le recouvre par une péritonisation très exacte. Fermeture de l'abdomen.

L'extirpation transanale est satisfaisante. Il y a de nombreux ganglions dans le tissu cellulaire resté adhérent au rectum.

Les lésions sont franchement dépassées en dessus et en dessous. L'examen de la pièce montre une ulcération cratériforme de 5 à 10 centimètres de haut sur 6 de large.

Le 16 novembre. Ouverture d'une collection suppurée sous-cutanée de la fesse gauche consécutive à une escharre.

Le malade sort, complètement guéri, le 8 décembre.

OBSERVATION IX

B... L..., 60 ans.

Entre en novembre 1920 pour des phénomènes d'occlusion intestinale chronique. Début, il y a 10 jours, par des douleurs survenues brusquement, à point de départ au niveau de l'hypogastre, à gauche, où le malade éprouve une sensation de torsion. Les douleurs s'irradient à tout l'abdomen. Des paroxysmes survenaient toutes les 2 ou 3 minutes et étaient entrecoupés de périodes de douleurs généralisées.

Ces phénomènes douloureux durèrent 36 heures, puis s'arrêtèrent. La fin des douleurs coïncida avec une abondante émission de gaz.

Pendant 3 jours, le malade ne souffre plus. Il fait des gaz et dit être allé à la selle. Le jeudi 11 novembre il reprit brusquement des douleurs violentes, comme la première fois, mais moins aiguës. Quelques gaz, très peu de matières. Pas de vomissements.

A l'interrogatoire on apprend que depuis un an il souffre de troubles de la défécation, ce sont des périodes de constipation n'excédant pas deux jours. Les selles auraient été un peu rubanées mais jamais il n'y aurait eu d'écoulement anormal, ni sang, ni glaires, ni pus. La défécation n'était pas douloureuse, jamais d'épreintes.

A l'examen: bon état général. Pas d'amaigrissement. Pas de troubles digestifs. Langue un peu saburrale. Pas de troubles urinaires.

L'abdomen est uniformément distendu, sans circulation complémentaire. Météorisme à la percussion, surtout dans la moitié droite.

de l'abdomen. Là, à la palpation, la paroi est très dépressible, mais, à gauche, on a une sensation de tension et l'on peut percevoir une masse distendue à 2 travers de doigt de l'ombilic et descendant vers la ligne médiane où on la sent jusqu'au dessus du pubis. Une seconde masse existe, parallèle à l'arcade crurale, mais à un travers de doigt au-dessus.

Au toucher rectal on sent profondément une masse annulaire, sus-ampullaire, surtout saillante au niveau de la paroi antérieure.

Le 23 novembre 1920. Etablissement d'un *anus* artificiel sur le transverse par une incision médiane sus-ombilicale. L'intervention est rendue difficile par suite de l'éviscération du grêle distendu sous pression. Au cours de la réintégration le séreuse d'une anse se déchire, et peu après l'anse elle-même se perforé. Suture et réintégration.

Le 27 janvier 1921. *Intervention*. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le gros intestin est encore très distendu et atteint le volume du poignet. A la terminaison du côlon pelvien on trouve une masse néoplasique, relativement libre bien qu'adhérente en avant. Décollement péritonéal par incision en raquette suivant la méthode habituelle. Il est alors facile d'attirer en avant le côlon, retenu uniquement par du tissu adipeux et des vaisseaux que l'on voit très bien par transparence. Une seule pince suffit pour faire l'hémostase de tout le segment qu'on veut enlever et qui représente au moins 35 centimètres. Péritonisation. Fermeture de la paroi.

L'extraction transanale est un peu laborieuse mais satisfaisante.

L'ensemble de la pièce enlevée mesure 40 centimètres. Drainage des fosses ischio-rectales.

Le 25 février, l'anus artificiel transverse est bouché, les matières suivent le trajet normal.

Le 9 avril. Fermeture de l'anus artificiel.

Le 4 mai. Le malade quitte l'hôpital.

Le 12 juin 1923. Le malade revient pour des douleurs du membre inférieur gauche. Elles ont apparu en mars et ont progressivement augmenté. Actuellement elles siègent surtout à la fesse et à toute la face postérieure de la cuisse et du mollet, sans aucun signe de sciatique.

L'appétit, comme l'état général, restent bons.

Au *toucher rectal*: on perçoit une masse dure, fixée aux parois pelviennes et à la région sacrée droite, entraînant donc de la compression. La muqueuse est libre: il s'agit de lésions de voisinage développées dans le tissu cellulaire.

A noter que l'anus est *incontinent*. Mais le malade remédie à cet inconvénient en se constipant et en portant un pansement.

OBSERVATION X

B... G..., 43 ans.

Le malade entre en mai 1921 pour une tumeur du rectum. Bonne santé jusqu'en octobre 1920. Alors il présente une période de un mois pendant laquelle il eut des selles fréquentes (10 à 12 par jour). Lorsqu'il se présente à la garde robe, les matières rejetées consistent souvent en des glaires jaunâtres et fétides. De temps en temps ce sont de véritables matières.

En novembre et décembre les selles sont un peu moins fréquentes. Puis apparaissent des périodes de constipation. Le malade n'a des selles que tous les 5 ou 6 jours. Dès ce moment un peu de diminution de l'appétit.

Depuis fin janvier, les selles, redevenues plus fréquentes, sont maintenant noirâtres, jamais rouges, et souvent rubanées. De plus, faux besoins, épreintes fréquentes.

Il est alors soigné pour de l'entérite, mais, n'ayant aucune amélioration, il va, en mars, voir un autre médecin qui l'envoie à l'hôpital.

A l'examen: Assez bon état général. Il accuse cependant un peu d'amaigrissement. Au *toucher rectal*, on sent, à bout de doigt, une tumeur en virole occupant toute la circonférence du rectum. Elle est dure, paraît peu bourgeonnante. Elle est assez mobile

avec le rectum dont la lumière est très réduite et admet juste le bout du doigt. La tumeur en haut n'est pas dépassable.

L'abdomen est souple, non douloureux.

Le 4 mai 1921, *Intervention*. On pratique une ablation abdomino-transanale sans incidents. La tumeur présentait un léger degré d'adhérences au niveau du triangle interdéférentiel et l'on est obligé de disséquer avec grand soin les uretères.

Suites simples.

Le 22 juin 1922. Santé parfaite jusqu'à mars. Là, des douleurs apparaissent au niveau de l'anus, qui augmentent par la défécation. Elles augmentent peu à peu. En même temps s'est formé au niveau du bord antérieur de la circonférence anale une petite tuméfaction dure, un peu douloureuse et qui inquiète le malade. Le poids s'est maintenu. L'état général est resté bon.

On constate l'orifice d'une petite fistule située à gauche, à 9 heures du cadran. Le doigt, introduit dans l'anus, est serré par un petit bourrelet dur, siégeant à la partie antérieure. On perçoit au niveau de la partie antérieure du canal anal une petite tuméfaction, grosse comme une noix, bien limitée, douloureuse, laissant la muqueuse très souple. Le toucher donne plus la sensation d'une collection liquide que d'un néoplasme.

Le 30 juin on pratique l'ablation d'un petit noyau néoplasique et en même temps d'une partie du sphincter.

Le 19 novembre apparition de deux autres noyaux au niveau de la partie antérieure de l'anus. On fait une incision entre les deux et on place 50 milligr. de radium.

Le malade est mort chez lui le 9 mars 1923.

CHAPITRE VII

Résultats

Des dix malades opérés dont nous venons de rapporter les observations, *trois sont morts opératoirement*. Deux ont succombé rapidement avec des phénomènes septiques : c'étaient les premiers opérés. Le troisième est mort au quinzième jour, d'hémorragie secondaire. Après un peu de suppuration du creux ischio-rectal la guérison opératoire semblait certaine, quand s'est produite une hémorragie artérielle. Par suite d'une incurie téléphonique le chirurgien ne put être prévenu que trop tard. Il lia néanmoins le vaisseau, mais le malade, trop anémié, ne put se remonter et succomba rapidement.

Des sept qui ont survécu, nous avons pu retrouver la trace, sauf pour une seule opérée.

Actuellement *deux sont encore vivants*, l'un après trois ans et quatre mois, l'autre trois ans et un mois.

Deux sont morts sans récidives d'affection intercurrente,

l'une de grippe trois ans après l'intervention, l'autre de mort subite après dix ans et huit mois.

Deux sont morts ayant présenté des récidives, l'un deux ans et dix mois, l'autre neuf mois après l'intervention.

Enfin il en est une au sujet de laquelle toutes nos recherches sont restées vaines.

Mortalité opératoire

D'après cette statistique, on voit donc que la mortalité opératoire est de 3 sur 10, soit 30 %. Elle n'est donc pas plus élevée que la moyenne ordinaire des abdomino-périnéales puisque celle-ci est de 41 % (CHALIER et PERRIN 1913) 37 % (HARTMANN 1913).

Et encore, qu'il nous soit permis de rappeler que ces morts sont celles des premiers opérés (Obs. I, II) alors que la technique proposée présentait encore quelques hésitations. Qu'on relise notre Observation I et l'on verra en effet qu'il ne s'agit pas d'une abdomino-transanale type, puisqu'a eu lieu l'invagination à la Hochenegg. Quant à la troisième mort, on l'a vu, (Obs. VII), il s'agit d'une hémorragie mortelle parce qu'on n'a pu intervenir contre elle assez tôt.

Mais qu'on ne prenne pas ces remarques comme un argument tendant à abaisser le taux de notre mortalité opératoire. A tout échec on peut trouver une excuse, et l'on pourrait indéfiniment argumenter. Nous apportons simplement notre statistique avec ses 30 %, mais nous pensons que les remarques faites ont cependant quelque valeur.

Résultats éloignés

1° Survies.

Les survies sont donc de 7, soit 70.%. Dans quelles proportions la guérison peut-elle être considérée comme obtenue. Si l'on s'en tient au « Kritische Triennum. » des Allemands, et que l'on considère avec VOLKMANN et KRÆNLEIN que « l'on peut parler de guérison durable toutes les fois que l'opéré a vécu, sans récidives ni métastases, pendant un délai d'au moins trois ans à partir du moment où il a été débarrassé de son cancer » nous trouvons 3 guérisons.

Une de nos malades est morte, subitement, à 76 ans, 10 ans et 8 mois après son opération sans avoir jamais présenté de récidives. Une autre a succombé à la grippe 3 ans après. Le troisième enfin est vivant et parfaitement bien portant après 3 ans et 4 mois.

Ceci représente 43 % de guérisons. Ce chiffre est très élevé, mais nous ne pouvons le mettre en balance avec celui de 17 % fourni par CHALIER et PERRIN puisque ceux-ci ne considèrent, semble-t-il, que les très longues survies. De ces longues survies, en effet, il ne nous est pas possible d'en parler, nos cas ne sont encore ni assez nombreux, ni assez anciens. Rappelons cependant notre malade morte avec près de 11 ans de survie.

2° Récidives.

Sur les 7 opérés survivants, 3 récidives, soit 43 %. Les statistiques sont infiniment variables à ce sujet. Elles oscillent, suivant les auteurs, de 31 à 72 %. Par conséquent nous sommes en droit de considérer ce résultat comme moyen, ni très bon, ni très mauvais.

De nos trois malades ayant récidivé, l'un vit encore après 3 ans et 1 mois, les deux autres sont morts respectivement 9 mois et 2 ans et 10 mois après l'intervention.

Mais où se font ces récidives ? Quelle en est la cause ? Presque toujours on les voit apparaître dans le tissu cellulaire périnéal et surtout rétro-rectal, avec fréquemment adhérences et envahissements sacrés. On en voit aussi au niveau des muscles releveurs. Il est exceptionnel de les rencontrer sur la muqueuse intestinale elle-même.

Les récidives sont dues généralement, non pas au fait que l'on n'a pas agi assez largement par en bas — nous savons que l'envahissement y est rare — mais parce que l'exérèse n'a pas été suffisante par le haut. Et l'abaissement fait d'un intestin trop parcimonieusement sacrifié, on verra se développer au niveau de son méso abaissé jusqu'au périnée des noyaux de récidive, évoluant dans la concavité sacrée, dans le méso néo-rectum. Ou bien — et nous nous en sommes expliqués plus haut — il faut accuser une inoculation opératoire. CHALIER et MONDOR pensent de même qu'il faut expliquer ainsi certaines récidives basses, paradoxales au premier abord, après des opérations très larges, pour des tumeurs hautes qui ne devraient donner que des récidives hautes.

C'est une des causes qu'il faut invoquer pour deux de nos malades. Chez l'un la récidive est apparue tardivement (près de 3 ans). Il s'agit d'une masse indurée, adhérente à la paroi pelvienne et au sacrum, avec une muqueuse absolument saine. Or, l'examen histologique, pratiqué sur la pièce opératoire, a montré que, en haut, la tumeur largement dépassée, la section du méso avait porté en tissu

sain, sans aucune trace microscopique d'envahissement. D'autre part, les coupes pratiquées sur la partie basse, intéressant en particulier les releveurs ont été toutes négatives.

Quant à l'autre malade, la récurrence s'est présentée avec les mêmes caractères de localisation ; malheureusement l'examen microscopique n'avait pu être fait.

Le troisième malade a fait sa récurrence de façon très différente. 13 mois après l'opération est apparu un petit noyau dur, au niveau de la région anale. L'ablation fut pratiquée, mais cinq mois après réapparition de deux autres noyaux. Là il s'agit d'une récurrence locale car, pour ce malade, l'examen histologique avait montré un envahissement indiscutable du bord rectal du releveur. Et la connaissance de ce cas nous était une raison de plus de conseiller une section relativement large du muscle autour de son insertion rectale.

3° Résultats fonctionnels.

Les résultats dans l'ensemble sont excellents. Chez tous les opérés, les contractions sphinctériennes ont été conservées. Malgré la dilatation forcée à laquelle le muscle avait été soumis, les contractions volontaires ont réapparu très vite. D'une façon générale il persiste un peu d'hypotonicité, malgré laquelle la continence est très satisfaisante. Cette hypotonicité se manifeste chez quelques-uns par un peu de difficulté à maintenir les gaz et un peu d'incontinence en période de diarrhée. Un seul opéré, malgré une contraction volontaire est incontinent. Mais il y remédie en se constipant et en portant un pansement. Il ne va à la selle qu'une fois par jour. Il est en somme exactement dans l'état d'un opéré par abdomino-périnéale avec anus interfessier, sans

sphincter, et sa continence, dans le cas particulier, est rendue très suffisante par l'éducation de son intestin.

Par contre d'autres opérés sont tout à fait continents. M. VILLARD a présenté, le 29 juin 1922, à la Société de Chirurgie de Lyon, un de ses opérés dont le jeu sphinctérien était absolument normal et la continence parfaite. Nous avons, récemment encore, reçu des nouvelles d'un autre malade, parfaitement bien portant, qui se déclare enchanté de son état et dit n'avoir jamais éprouvé un seul inconvénient sérieux. Il ajoute qu'il fait chaque année de longues randonnées dans la montagne sans la moindre difficulté.

Enfin lorsqu'on examine les sujets opérés par cette méthode, on a peine à se rendre compte de l'étendue de l'opération pratiquée. La cicatrice abdominale est à peine visible, et du côté périnéal, la région de l'anus a repris complètement sa configuration normale. On perçoit seulement les deux petites cicatrices des drainages, les débride-ments antérieur et postérieur se confondant avec le raphé. Par le toucher rectal, on perçoit seulement une petite cicatrice circulaire donnant l'impression d'un anneau de fil correspondant à la ligne des sutures.

En somme « l'extirpation abdomino-transanale des cancers recto-sigmoïdiens donne aux opérés un résultat fonctionnel tellement supérieur à celui des anus contre nature, plus ou moins incontinents, que nous pensons que les indications de cette technique doivent s'étendre. Nous ne croyons pas qu'en l'utilisant on augmente les chances de récurrence, et nous sommes certains, par contre, que la survie donnera aux opérés une existence sensiblement normale et non point une vie lamentable, empoisonnée par la plus repoussante infirmité. » (VILLARD).

CHAPITRE VIII

Indications

Les indications de la méthode abdomino-transanale sont nettement définies.

C'est, nous l'avons dit, la méthode idéale de traitement de nombreux cas de cancer du rectum. C'est donc vers elle que souvent l'on pourra tendre. Mais encore faut-il que cet idéal soit accessible.

En effet il existe naturellement un certain nombre de contre-indications qui sont : 1° des contre-indications *d'ordre général* et applicables par là à toutes les amputations abdomino-périnéales ; 2° des contre-indications qui sont *celles de toutes les abdomino-périnéales avec abaissement* ; 3° des contre-indications *propres à la transanale*.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur elles.

Pour les premières ce sont les contre-indications d'âge, d'état général et d'état local. Elles ne sont pas formelles. Néanmoins l'opération combinée étant la plus longue et la

plus shockante, il est évident qu'un âge avancé a contre lui toutes les conditions fâcheuses qu'il entraîne au point de vue de la résistance du sujet. De même l'état général. Et c'est en lui qu'il faut trouver la plupart des contre-indications : tares viscérales, cachexie, généralisations, albuminurie, anurie, etc... Enfin l'état local : envahissement des organes voisins, extension à la prostate persistant après anus préalable, large envahissement vésical ou urétral...

Les secondes sont surtout des contre-indications d'ordre anatomique. Mésosigmoïde court ou rétracté interdisant le déroulement de l'anse, envahissement très haut des lymphatiques de ce méso ne permettant pas une exérèse suffisante ; la première de ces deux conditions étant seule vraiment absolue.

Enfin, pour les contre-indications propres à la transanale c'est le siège du cancer qui les dicte. Il faut qu'il soit situé haut : on disait à 5 centimètres, nous disons plus, au moins à 7 ou 8 centimètres de l'anus. Autrement on risque vraiment de ne pas faire assez large. Il faut qu'il n'y ait aucun envahissement probable du bas rectum et des tissus voisins, pas de ganglions inguinaux. Donc réserver cette opération aux cancers haut situés, à 8 centimètres de l'anus.

Mais ceci n'est pas encore suffisant. Car, si c'est dans le siège du néoplasme qu'il faut chercher les contre-indications de l'abdomino-transanale, c'est là aussi qu'il faut trouver ses indications.

Etant donné que c'est surtout dans les abdomino-périnéales que le sphincter peut être conservé, quand il est sûr que l'extension lymphatique s'est faite vers le haut et non vers le bas il est inutile de faire de gros débridements péri-

néaux pour terminer l'ablation d'une tumeur qui s'est faite par l'abdomen. Or, il est certain qu'il y a beaucoup de cas où le malade est justiciable d'une opération purement abdominale, résection avec suture des deux bouts, bout inférieur conservé, ou opération de HARTMANN. Il ne faut donc pas que la tumeur soit trop haute.

Il ne faut pas qu'elle soit trop basse non plus, à la limite inférieure de l'ampoule, car alors la méthode serait insuffisante et il faudrait de toute nécessité faire un temps périméal large.

Donc, tous les cancers généralement dits ampullaires ne sont pas justiciables du procédé abdomino-transanal. Il faut préciser, car c'est le siège anatomique exact de la tumeur qui va poser, de façon certaine, les indications. Disons-le de suite : le point essentiel à considérer c'est *l'envahissement du cul-de-sac péritonéal de Douglas*. Au toucher rectal, le doigt poussé à fond l'atteint à peine : donc ce seront les cancers *attingibles à bout de doigt* quant à leur limite inférieure, c'est-à-dire situés à 8 centimètres environ de l'anus, qui, haut situés, mais ayant envahi le péritoine, doivent être extirpés par l'opération idéale qui conserve le sphincter. Pourquoi cette condition *sine qua non* ? Parce que :

1^o Le péritoine étant pris par le cancer, il n'est plus possible de faire une opération purement abdominale, la suture terminale ou suture bout à bout de l'intestin sous-péritonéal ne pouvant tenir. Parce que dans ce cas pourtant, les lésions restant hautes et respectant le périnée on n'est pas en droit de faire systématiquement le sacrifice d'un sphincter sain : cela paraît excessif. Au contraire, toutes les fois que le néoplasme siège plus loin et laisse

en dessous de lui du péritoine intact, par conséquent n'atteint pas le Douglas, — cancer recto-sigmoïdien haut — l'opération abdominale est indiquée au moins au même titre que l'abdomino-transanale ;

2° Parce que lorsque le cancer siège au niveau du Douglas la voie basse est insuffisante manifestement pour enlever tout le territoire cellulo-lymphatique qui est sûrement envahi, qu'il est indispensable de faire une opération combinée, et que cependant le périnée et le sphincter sont saufs, donc à conserver. Mais là aussi, si le cancer dépasse de beaucoup la limite du Douglas, il ne faut plus faire la transanale ; il faut faire une abdomino-périnéale typique avec évidemment périnéal, les releveurs et le périnée ayant beaucoup de chances d'être pris.

Terminant ce chapitre des indications de la méthode que nous proposons, il nous reste un mot à dire de l'anús préalable qui sera de préférence — on l'a vu — un anus colique transverse. Celui-ci ne doit pas constituer un temps indispensable à l'opération. S'il met l'intestin au repos et permet par là d'agir sur des lésions calmées, alors il faut le faire. De cette condition découle son indication. Malade arrivant en état d'occlusion ou de subocclusion, tumeur se présentant avec un état inflammatoire qui ne permet pas d'apprécier exactement la nature de l'envahissement perçu : voilà les indications, et les seules, de l'anús préalable. C'est un des avantages de la méthode proposée que de pouvoir se faire radicale immédiatement, sans infliger au malade — ne fût-ce que pour un temps — la pénible infirmité d'une dérivation abdominale des matières et lui éviter la nécessité

•

de deux interventions supplémentaires qui ne sont jamais sans gravité.

Donc, il ne faut pas considérer l'anus comme un temps préliminaire indispensable à toute extirpation du rectum cancéreux, mais les deux indications que nous avons posées sont formelles, elles sont admises par tous. On ne peut pas opérer un malade en état d'occlusion sans quadrupler les chances de mortalité. On ne doit pas décider ou non d'une intervention chez un malade dont un envahissement qui semble une contre-indication peut n'être qu'inflammatoire.

Hors ces cas, il faut intervenir d'emblée par l'opération radicale, l'anus préalable alors ne serait qu'un temps inutile, prolongeant sans effet un traitement déjà suffisamment long par lui-même et un long séjour au lit, toujours à craindre chez des gens âgés que guettent les complications hypostatiques.

CONCLUSIONS

I. — Pour les cancers du haut rectum, dans lesquels la région périnéale est indemne, le sacrifice du sphincter et l'établissement d'une incontinence définitive paraît exagéré.

II. — Les partisans de l'anus iliaque définitif opposent à l'abaissement, avec ou sans conservation du sphincter, les raisons suivantes: Difficulté d'une exérèse large, allongement et complication des manœuvres opératoires, gravité plus grande et sphacèle du bout abaissé.

Il ne semble pas que ces arguments doivent emporter la conviction.

L'Anatomie et l'Histologie montrent que le danger d'envahissement cancéreux est tout entier dans la partie haute, exceptionnel dans la partie basse. Faisant assez large par le haut, on est en droit de réserver une part minime au temps périnéal et de conserver un sphincter non envahi.

III. — La conservation du sphincter a été réalisée par différents procédés. La voie intrasphinctérienne nous semble la meilleure parce qu'elle est plus simple, moins traumatisante, exigeant des manœuvres dans un foyer beaucoup plus limité, et parce qu'elle est plus sûre quant au résultat fonctionnel.

IV. — La technique proposée se résume à ces temps essentiels: 1° Laparotomie — libération de l'intestin jusqu'au plancher pelvien et section du méso — péritonisation soigneuse au-dessus de l'intestin refoulé dans le pelvis ; 2° Dilatation du sphincter après libération de l'anus — section des releveurs — extirpation de l'intestin abaissé. Suture à la peau de l'anus et drainage latéral.

V. — Cette méthode n'est applicable qu'aux cancers sus-ampullaires, situés à au moins 8 centimètres de l'anus, à la hauteur du cul-de-sac de Douglas et ne pouvant être enlevés ni par voie abdominale seule, ni par voie périméale seule.

VI. — Les résultats montrent que : 1° La grave infirmité résultant de l'incontinence est évitée. Les contractions du sphincter, constatées objectivement, assurent une continence suffisante des matières; 2° Les résultats opératoires, les résultats éloignés et les récidives donnent sensiblement le même pourcentage que les méthodes combinées habituellement employées.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 28 mars 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

Note. — Une bibliographie très complète sur le cancer du rectum étant donnée par le livre récent de MM. Chalié et Mondor, nous n'avons pas jugé utile de la reproduire ici, nous y avons puisé tous les éléments bibliographiques essentiels.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Données anatomiques relatives aux lymphatiques et à la gaine rectale.....	15
CHAPITRE II. — Conclusions fournies au point de vue opératoire par l'Anatomie et l'Anatomie pathologique....	33
CHAPITRE III. — Traitement du bout supérieur. Choix de l'anus périnéal	45
CHAPITRE IV. — Conservation du sphincter. Choix du procédé	55
CHAPITRE V. — Technique opératoire	67
CHAPITRE VI. — Observations	87
CHAPITRE VII. — Résultats	103
CHAPITRE VIII. — Indications	109
CONCLUSIONS	115

— LYON —

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité

